

OGGETTO: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO.

___l___ sottoscritt _____,
cognome e nome _____, qualifica _____

in servizio presso questa Direzione nell'a.s. _____ con incarico a tempo _____
determinato/indeterminato

chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo

dal _____ al _____ complessivi n. _____ giorni di:
dal _____ al _____ complessivi n. _____ giorni di:

di:

ferie (artt. 13-19 CCNL 2002/05):

relative al corrente a.s.

maturate e non godute nel precedente a.s

Propone la copertura delle ore di insegnamento come segue: _____

festività previste dalla L. 23.12.77 n° 937 (art. 14 CCNL 2002/05)

permesso retribuito per (art. 15 CCNL 2002/05) (*):

partecipazione a concorso/esame (comma 1)

motivi personali/familiari (comma 2) _____

lutto familiare (comma 1) (ai sensi della L. 15/1968 e della L. 127/1997 e succ. mod. ed integr.)

matrimonio (comma 3)

assistenza a disabili (comma 6) (L. 104)

altro caso (comma 7) _____

malattia (art. 17 CCNL 2002/05) (**)

visita specialistica (**)

malattia del bambino (D.L.vo 151/01) (**):

di età compresa tra 0 e 3 anni (max 30 gg retribuiti per ogni anno di vita del bambino)

di età compresa tra 3 e 8 anni (max 5 gg non retribuiti all'anno)

aspettativa per motivi di famiglia/lavoro/personali/di studio (art. 18 CCNL 2002/05) (*)

maternità (L. 151/01) (**):

interdizione per complicanze gestazione (art. 17)

astensione obbligatoria (2 mesi antecedenti la data presunta del parto) (art. 16, a)

astensione obbligatoria per puerperio (3 mesi successivi al parto) (art. 16, c)

astensione facoltativa (max 30 gg retribuiti entro primi 3 anni di vita del bambino) (art. 32)

astensione facoltativa (max 5 mesi al 30% successivi al primo mese, entro 3 anni di vita del bambino) (art. 32)

altro caso previsto dalla normativa vigente _____

Durante il periodo di assenza ___l___ sottoscritt___ sarà reperibile al seguente indirizzo:

tel. _____

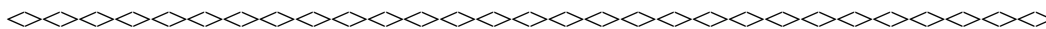
SI ALLEGA: _____

Lanciano, _____

Firma del dipendente

(*) allegare documentazione giustificativa o autodichiarazione

(**) allegare certificazione medica



Prot. _____ del _____

Vista la domanda:

si concede

non si concede

Il Dirigente Scolastico
Dott. Lorenzo Iocca