***RISERVATO ALLA SEGRETERIA***

***Timbro Protocollo***

Il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (coll.scol. – docente – ass.amm.vo)

di scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha telefonato alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (infanzia-primaria-sec. di primo grado)

per comunicare l’assenza per motivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Riceve \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***RISERVATO AL DIPENDENTE***

 **Al Dirigente ISTITUTO COMPRENSIVO “FOLIGNO 1”**

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Barrare il quadratino relativo )*

🞏 Docente 🞏 Sc. dell’Infanzia 🞏 Sc. Primaria 🞏 Sc. Secondaria I°

🞏 Pers. A.T.A. 🞏 D.S.G.A. 🞏 Assistente Amm.vo 🞏 Collaboratore Scolastico

con contratto a tempo 🞏 DETERMINATO 🞏 INDETERMINATO

in servizio presso la Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE** n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg. dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di:

 **Ferie :** (Artt. 13 e19 - CCNL 2006-2009) relative al corrente a.s. maturate e non godute nel prec. a.s.

 **Festività Soppresse L. 937/77** (Art. 14 CCNL 2006-2009)

 **Permesso Retribuito** (Artt. 15 e 19 CCNL 2006-2009) **per:**

 *Concorsi ed esami(T.I.) Lutto Particolari motivi pers. o familiairi ( T.I) Matrimonio*

 *Partecipazione ad iniz. di formazione Legge 104/92* **Assenza per visita medica oraria Totale ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SE VISITA MEDICA SPECIFICARE:**

Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al rientro allegare Cert. Struttura Sanitaria **(3)**

**□ Barrare se Day Hospital**

 **Assenza per visita medica giornaliera**

**Assenza per malattia** (Art 17 CCNL 2006-2009) **COVID**

 **Assenza per gravi patologie** (Art. 17, c. 9 CCNL 2006-2009)

 **Aspettativa per motivi di famiglia, di lavoro, personali e di studio**

(Art. 18 CCNL 2006-2009)

 **Astensione obbligatoria**, (Art. 12 CCNL 2006-2009) Data presunta parto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Congedo Parentale 1 - 8 anni** (D. Leg.vo 151/26.3.2001) **(1) (\*)**

**Congedo Malattia del figlio** (D. Leg.vo 151/26.3.2001) **(1) (\*)**

**(1)** Data Nascita Figli\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*)** A tal fine dichiaro, ai sensi dell'art.4 L.15/68 che l'altro genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_ nello stesso periodo non è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo perché:

 🞏 non è lavoratore dipendente 🞏 pur essendo lavoratore dipendente presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 non intende usufruire dell'assenza per il motivo suddetto.

 Firma Docente/ATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre il TOT. GG. GIA' FRUITI : PADRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 MADRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Altro** (indicare la disposizione di Legge)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(2)** Durante l'assenza il proprio recapito è: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_l\_ sottoscritt\_ dichiara di essere a conoscenza che, in caso di visita fiscale, dovrà garantire la presenza all'indirizzo risultante all'amministrazione dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00 di tutti i giorni (D.P.C.M. n° 206 del 18.12.2009).

**(3)** **SI ALLEGA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Cert. Struttura sanitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Specifica Visita effettuata

 ( FIRMA )

Foligno li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico [ ]  autorizza [ ]  non autorizza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Foligno, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Il Dirigente Scolastico**

 Dott.ssa Paola Siravo