

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

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 _____

Timbro Protocollo

RISERVATO AL DIPENDENTE

Al Dirigente ISTITUTO COMPRENSIVO "FOLIGNO 1"

Il sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____

(Barrare il quadratino relativo)

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Docente | <input type="checkbox"/> Sc. dell'Infanzia | <input type="checkbox"/> Sc. Primaria | <input type="checkbox"/> Sc. Secondaria I° |
| <input type="checkbox"/> Pers. A.T.A. | <input type="checkbox"/> D.S.G.A. | <input type="checkbox"/> Assistente Amm.vo | <input type="checkbox"/> Collaboratore Scolastico |
- con contratto a tempo DETERMINATO INDETERMINATO
in servizio presso la Scuola _____

C H I E D E n° _____ gg. dal _____ al _____ di:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ferie : (Artt. 13 e19 - CCNL 2006-2009) relative al corrente a.s. | <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel prec. a.s. | | |
| <input type="checkbox"/> Festività Soppresse L. 937/77 (Art. 14 CCNL 2006-2009) | | | |
| <input type="checkbox"/> Permesso Retribuito (Artt. 15 e 19 CCNL 2006-2009) per: | | | |
| <input type="checkbox"/> <i>Concorsi ed esami(T.I.)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Lutto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Particolari motivi pers. o familiari (T.I)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Matrimonio</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Partecipazione ad iniz. di formazione</i> | <input type="checkbox"/> <i>Legge 104/92</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Assenza per visita medica oraria | Totale ore _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Assenza per visita medica giornaliera | | | |
| <input type="checkbox"/> Assenza per malattia (Art 17 CCNL 2006-2009) | <input type="checkbox"/> COVID | | |
| <input type="checkbox"/> Assenza per gravi patologie (Art. 17, c. 9 CCNL 2006-2009) | | | |
| <input type="checkbox"/> Aspettativa per motivi di famiglia, di lavoro, personali e di studio
(Art. 18 CCNL 2006-2009) | | | |
| <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria , (Art. 12 CCNL 2006-2009) Data presunta parto _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Congedo Parentale 1 - 8 anni (D. Leg.vo 151/26.3.2001) (1) (*) | | | |
| <input type="checkbox"/> Congedo Malattia del figlio (D. Leg.vo 151/26.3.2001) (1) (*) | | | |

SE VISITA MEDICA SPECIFICARE:
Luogo _____
Orario _____
Al rientro allegare Cert. Struttura Sanitaria (3)
 Barrare se Day Hospital

(1) Data Nascita Figli _____ Nome e Cognome _____

(*) A tal fine dichiarato, 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: _____

Il 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