

**FERIE-FF.SS.-RECUPERO-MALATTIA-PERMESSI RETRIBUITI E NON**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell'Istituto Comprensivo Statale**

**"A. Diaz" - Meda (MB)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Inserita ad:** | **ARGO**  | **SIDI**  | **NET**  |
| **DECRETO N.** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **del** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **verifica RTS** |  |

|  |
| --- |
| Protocollo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Riservato all'Ufficio Segreteria** |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso questo **I**stituto **C**omprensivo **S**tatale “A. Diaz” in qualità di:

 **DOCENTE ATA Tempo Determinato Tempo Indeterminato**

nel plesso:  **INFANZIA PRIMARIA “POLO” PRIMARIA “A. DIAZ” “A. FRANK”**

# CHIEDE

# che gli/le venga concesso un periodo di:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ferie |  | A.S. PRECEDENTE |  | Festività soppresse |
|  | A.S. CORRENTE |  | Recupero lavoro straordinario |
|  | Assenza per malattia |  | Assenza per malattia - VISITA MEDICA (Nel caso di assenza per malattia dovuta a visita medica si dichiara che tale visita non può essere fatta al di fuori dell’orario di servizio) |
|  | Permesso RETRIBUITO art. 15 CCNL personale a Tempo Indeterminato:Comma 1 concorsi (gg. 8 all’anno)Comma 1 lutto (gg. 3 ad evento)Comma 2 motivi personali/familiari (gg. 3 all’anno)Comma 3 matrimonio (gg. 15 consecutivi)Comma 7 altro (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Permesso NON RETRIBUITO art. 19 CCNL personale a Tempo Determinato:Comma 7 altro (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ASPETTATIVA per: |  | Famiglia |  | Studio |  | Esperienza lavorativa |
| dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | gg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Meda, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dipendente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷

Si autorizza
 NON si autorizza

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Valeria Cereda