

Oggetto: Richiesta assenza.

Il/La sottoscritto/a _____ Docente A.T.A.
(Cognome e Nome) (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A. S. con contratto a tempo: Indeterminato Determinato

presso la scuola Primaria/Secondaria di I Grado/Infanzia di questo Istituto

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal _____ al _____ di complessivi n° _____ giorni di:

<input type="radio"/> permesso retribuito per *	<input type="radio"/> motivi familiari/personali già usufruito di n. gg. ____
<input type="radio"/> permesso non retribuito per * (personale assunto a Tempo Determinato.)	<input type="radio"/> proprio matrimonio
	<input type="radio"/> lutto familiare
	<input type="radio"/> permesso per convegni/congressi (allegare certificazione)
	<input type="radio"/> partecipazione a concorso/esame (allegare certificazione)
	<input type="radio"/> formazione/aggiornamento
	<input type="radio"/> per testimoniare in giudizio (solo per procedimenti relativi alla scuola)
<input type="radio"/> malattia (N. prot. Certificato: _____)	<input type="radio"/> day hospital <input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> intervento (allegare certificazione)
	<input type="radio"/> visita medica (allegare certificazione)
	<input type="radio"/> gravi patologie
	<input type="radio"/> causa di servizio
<input type="radio"/> permesso per Diritto allo Studio (150 ore) per _____ ALLEGARE LA GIUSTIFICA	<input type="radio"/> dalle ore _____ alle ore _____ tot. ore _____ Orario di servizio previsto nel giorno richiesto dalle ore _____ alle ore _____
<input type="radio"/> legge 104 (intera giornata)	<input type="radio"/> giorni già goduti nel mese: _____
<input type="radio"/> legge 104 (ad ore) dalle ore _____ alle ore _____	<input type="radio"/> ore già godute nel mese: _____
	<input type="radio"/> Lo/a stesso/a dichiara che nessun altro familiare beneficia del permesso per la stessa giornata richiesta
	<input type="radio"/> Lo/a stesso/a dichiara di beneficiare dei permessi in maniera alternata con _____ e che lo/a stesso/o ha usufruito nel corrente mese di n. _____ giorno/i di permesso.
<input type="radio"/> infortunio occorso il _____	
<input type="radio"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*) _____	

AUTOCERTIFICAZIONE (solo per richieste Permessi retribuiti e non)

S. Maria C.V., _____
(data)

(firma del dipendente)

Visto **Il Dirigente Scolastico**
Dott.ssa Silvana Valletta

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

Il trattamento dei dati personali "sensibili o giudiziari" è effettuato in base al D. 7 dicembre 2006, n° 305 del M.P.I. "Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari trattati e delle relative operazioni effettuate dal Ministero della Pubblica Istruzione, in attuazione degli artt. 20 e 21 del D. L.vo. 30 giugno 2003, n° 196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Emesso da: Ufficio Personale/Rds