

MODULO per la richiesta di ferie e permessi

Il/La Sottoscritto/a:

In servizio presso codesto Istituto in qualità di: Personale Docente Personale ATA

Con contratto a tempo: Indeterminato Determinato

CHIEDE

Alla S.V. di assentarsi dal servizio per i seguenti motivi:

Ferie
(ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)

N° Giorni	Dal giorno	Al giorno	<input type="checkbox"/> relative all'A.S. Corrente (Solo ATA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> relative all'A.S. Precedente (Solo ATA)

Festività soppresse

N° Giorni	Dal giorno	Al giorno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Recupero

N° Giorni	Dal giorno	Al giorno	N° Ore	Dalle Ore	Alle Ore	Del giorno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Permesso retribuito*:
(art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009, per gli ATA su base oraria)

N° Giorni	Dal giorno	Al giorno	N° Ore	Dalle Ore	Alle Ore	Del giorno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Motivo: Concorsi / esami Personali / famigliari Lutto Matrimonio

Aspettativa*:
(ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)

N° Giorni	Dal giorno	Al giorno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Motivo: Famiglia Lavoro Personali

Malattia*:
(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)

N° Giorni	Dal giorno	Al giorno	N° Ore	Dalle Ore	Alle Ore	Del giorno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Motivo: Visita specialistica Ricovero ospedaliero Analisi cliniche

Legge 104/92

N° Giorni	Mese corrente	Giorni già goduti nel mese corrente:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

Reperibilità:

Durante il periodo di assenza il/la sottoscritto/a sarà reperibile presso (Indirizzo - Telefono)

Si allega:

Luogo Li Data

Con Osservanza

Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993

Solo per il personale ATA

Compatibile con le esigenze di servizio
 NON compatibile con le esigenze di servizio

Il DSGA

Vista la domanda

SI concede NON si concede

Il Dirigente Scolastico

*Compilare l'autocertificazione nella pagina successiva

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.2 della legge 4 gennaio 1968, n.15, art.3, comma 10, L. 15 marzo 1997n. 127,
art. 1, DPR 20 ottobre 1998 n.403, art. 46 DPR 445 del 28/12/2000)

Il/La Sottoscritto/a:

Nato a: Prov.

Il giorno: Codice Fiscale:

Residente in: N°:

Città: Prov.

In servizio presso codesto Istituto in qualità di: Personale Docente Personale ATA

Con contratto a tempo: Indeterminato Determinato

Consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

Di aver usufruito voler usufruire di n° giorni di:
Specificare se ferie o permesso

Dal: al: per i seguenti motivi:

Tipo di ferie o permesso richiesto

Reperibilità

Durante i periodo di assenza per i motivi sopra esposti, il/la sottoscritto/a potrà essere contattato:

Indirizzo: N°:

Città: Prov.

e-mail: Telefono:

Lì
Luogo Data

Con Osservanza

Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3,
comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993