

Io sottoscritto _____ in qualità di Personale ATA
_____ plesso di _____ in servizio presso codesta
istituzione scolastica con contratto di lavoro a tempo _____ in servizio al
☐ **primo** ☐ **secondo** turno di lavoro (segnare solo se necessario),

CHIEDE

alla S. V. di assentarsi per gg. ☐ dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____

- ☐ **ferie** : (ai sensi dell'art. 13/19 del C. C. N. L. 2006/2009) ☐ *a. s. precedente* - ☐ *s. corrente*
☐ **festività sopresse** (previste dalla legge 23/12/1997 n. 937)
☐ **legge 104/92** – numero di giorni già goduti nel mese: ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3**
☐ **riposo compensativo**
☐ **permesso breve** : ore ☐ dalle ☐ alle ☐ (da recuperare secondo la normativa vigente)
☐ **permesso retribuito per il personale a T.I./T.D.** (ai sensi dell'art. 15/19 del C. C. N. L.

2006/2009) per :

Personale a T.I. : ☐ <i>concorsi ed esami</i> (gg. 8 all'anno)(Si allega documentazione giustificativa)
Personale a T.I.: ☐ <i>motivi personali/familiari</i> (gg. 3 all'anno)*(Compilare dichiarazione)
Personale a T.I. e T.D.: ☐ <i>matrimonio</i> (gg. 15 consecutivi) ☐ <i>lutto</i> (gg. 3 ad evento)
☐ <i>altro</i> (specificare) : _____

- ☐ **permesso NON retribuito per il personale a T.D.** (ai sensi dell'art. 19 del CCNL2007)
☐ *motivi personali/familiari* (Max 6gg)*; ☐ *Concorsi/Esami* (Max 8gg compreso viaggio)
(Compilare dichiarazione) (Si allega documentazione giustificativa)

DICHIARAZIONE:

***A tal fine dichiara** (ai sensi della Legge 04/01/1968 n. 15 – Art. 47 D. P. R. 445 del 28/12/2000):

* SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI _____

- ☐ **malattia** (ai sensi dell'art. 17/19 del C. C. N. L. 2006/2009) – si allega certificazione medica

Orario fasce di reperibilità: mattina dalle 9:00 alle 13.00; pomeriggio dalle 15.00 alle 18.00.

- ☐ *ricovero ospedaliero* ☐ *malore* ☐ *day hospital* ☐ *day surgery*
☐ *visita specialistica* ☐ *causa di servizio* (ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/2009)

- ☐ **Congedo fino a 30 gg (anche frazionati) ad anno solare a favore degli invalidi**

(Art. 7 del Dlgs. N.119/2011)

☐ **Congedo per particolari patologie dei familiari** (Art. 4 del L.53/2000 – RETRIBUZIONE
NESSUNA)

Con osservanza
Ortona _____

Il richiedente

Firmato _____