

**Oggetto:** Richiesta assenza per:

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  Docente  A.T.A.

in servizio presso codesto Istituto nel corrente a.s. con contratto a tempo:

Indeterminato  Determinato

nelle classi (solo per i docenti):

**CHIEDE**

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

<input type="checkbox"/> <b>congedo per malattia del figlio</b> (art. 47 D.L.26/03/2001 n.151, art.12 CCNL 2006/2009)	
<input type="checkbox"/> <b>congedo per assistenza a familiare con handicap in situazione di gravità.</b>	
<input type="checkbox"/> <b>permesso retribuito per *</b>	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame
<input type="checkbox"/> <b>permesso non retribuito per *</b> (personale assunto a Tempo det.)	<input type="checkbox"/> matrimonio
	<input type="checkbox"/> lutto familiare
	<input type="checkbox"/> permesso per convegni/congressi
	<input type="checkbox"/> motivi familiari/personali
	<input type="checkbox"/> formazione/aggiornamento
	<input type="checkbox"/> per testimoniare in giudizio (Artt. 196 e 198 C.P.P. E Art. 250 e 255 C.P.C.)
<input type="checkbox"/> <b>malattia</b>	<input type="checkbox"/> day hospital <input type="checkbox"/> ricovero
	<input type="checkbox"/> visita medica
	<input type="checkbox"/> gravi patologie
<input type="checkbox"/> <b>aspettativa per motivi di:</b>	<input type="checkbox"/> famiglia
	<input type="checkbox"/> personali
	<input type="checkbox"/> studio
	<input type="checkbox"/> lavoro
<input type="checkbox"/> <b>legge 104 (intera giornata)</b>	<input type="checkbox"/> giorni già goduti nel mese: _____
<input type="checkbox"/> <b>infortunio</b>	
<input type="checkbox"/> <b>altro caso previsto dalla normativa vigente (*)</b>	_____

**AUTOCERTIFICAZIONE** (solo per richieste Permessi retribuiti e non)

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

Pavia, \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica

**PARERE:**

- favorevole  
 non favorevole

- si concede  
 non si concede

Il D.S.G.A.

Il Dirigente Scolastico