

MODULO RICHIESTA ASSENZE PERSONALE DOCENTE

Al Dirigente Scolastico
Liceo "P.V. Marone" di *META*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di docente posto normale sostegno
per la cl. di c. _____ con contratto a T.I. T.D. chiede alla S.V. di poter usufruire

dal _____ al _____ per complessivi giorni ____ di

- FERIE** relative al corrente A. S. Maturate e non godute nel precedente A.S.
 FESTIVITA' SOPPRESSE previste dalla Legge 23.12.77, n. 937

PERMESSO RETRIBUITO PER

Motivi personali e familiari (0 1 2 giorni già fruiti nell'a.s.) Matrimonio(*)

Partecipazione a concorso/esame(*) Lutto familiare(indicare grado di parentela) _____

MALATTIA ()** ricovero ospedaliero degenza post-operatoria day hospital visita specialistica

ASSENZA per grave patologia con apposita dicitura sul certificato del medico curante (**)

ASSENZA per infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio (art. 20 CCNL)

ASPETTATIVA (*) per motivi di famiglia/studio/lavoro (da specificare) _____

LEGGE 104 /92 assistito _____ **giorni già fruiti nel mese** 0 1 2
Programmato SI NO **motivo della variazione** _____

CONGEDO PARENTALE D.lgs. 151/2001

malattia bambino/a _____ nato a _____ il _____

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, sotto la propria
responsabilità, consapevole che la dichiarazione mendace è penalmente sanzionata, ai sensi dell'art. 76
del DPR 445/2000, dichiara che il/la proprio/a coniuge _____

non è lavoratore dipendente è lavoratore dipendente presso _____

non intende usufruire dell'assenza per il medesimo motivo nello stesso periodo

ha usufruito dello stesso tipo di congedo per un totale di giorni ____ nell'anno di vita del bambino

PERMESSO NON RETRIBUITO PER (solo per il personale a tempo determinato) (*)

Motivi personali e familiari Partecipazione a concorso/esame

ALTRO CASO previsto dalla normativa vigente _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in _____

in Via _____ telefono _____

Meta, _____ **firma del dipendente** _____

(*) allegare documentazione giustificativa (**) allegare certificazione medica

Visto:

Il docente incaricato delle sostituzioni
Prof.ssa MASTELLONE Giuseppina

Visto: *si* *non si concede*
Il Dirigente Scolastico
Immacolata Arpino

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Leggi 15/68, 127/97 e 191/98)

...l... sottoscritt...

Nat... a il

residente a via

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o comunque non corrispondenti al vero,

DICHIARA

che

In fede

META,

Firma del dipendente