

Oggetto: **RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO**
(per qualunque motivo, maternità esclusa)

Il sottoscritto _____, in servizio presso codesta

Istituzione Scolastica in qualità di docente con contratto a tempo _____

chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ di complessivi n. ____ giorni di:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ferie (art. 13 C.C.N.L. sosp.att.didat.) | -- (6 gg. ad A.S. per motivi pers. o fam. - art. 13 comma 9 del C.C.N.L.) |
| <input type="checkbox"/> recupero delle festività sopresse | -- (4 gg. - Legge 23 dicembre 1977, n. 937) |
| <input type="checkbox"/> permesso retribuito per (*) | <input type="checkbox"/> motivi personali/familiari (3gg.) - (art. 15 del C.C.N.L.) |
| | <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame (8 gg) - (art. 15 del C.C.N.L.) |
| | <input type="checkbox"/> lutto familiare (3 gg. ad evento) – (art. 15 del C.C.N.L.) |
| | <input type="checkbox"/> testimonianza in Tribunale (art. 15 comma 7 del C.C.N.L. – C.M. 76/59) |
| | <input type="checkbox"/> matrimonio |
| | <input type="checkbox"/> assistenza a disabili (art. 33 Legge 104/92) |
| | <input type="checkbox"/> donazione di sangue o midollo osseo (L. 584/67 e L. 52/2001) |
| | <input type="checkbox"/> attività artistiche o sportive (art. 454 D.L.vo n. 297/94) |
| | <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____ |
| <input type="checkbox"/> malattia (**) (art. 17 C.C.N.L.) | <input type="checkbox"/> di età inferiore a 1 anno (max. 30 gg. retribuiti) (**) |
| <input type="checkbox"/> malattia bambino (a. 47 D.L.vo 151/01) | <input type="checkbox"/> di età compresa tra 1 e 3 anni (max. 30 gg. retribuiti per ogni anno) (**) |
| | <input type="checkbox"/> di età compresa tra 3 e 8 anni (max. 5 gg. all'anno con cert. reddito) (**) |
| <input type="checkbox"/> aspett. per motivi famiglia/studio (*) | |
| <input type="checkbox"/> congedi per eventi e cause partic. (*) | <input type="checkbox"/> art. 4, L. 53/2000 |
| | <input type="checkbox"/> congedi per la formazione (art. 5, L. 53/2000) |
| | <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____ (*) |

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

(località, via o piazza, n. civico, telefono)

Chieti, _____

Il richiedente

(*) Allegare documentazione giustificativa

(**) Allegare certificazione medica

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Candida Stigliani)