

Il/La sottoscritto/a _____

Cognome e nome

qualifica

A TEMPO DETERMINATO

c/o questo Istituto nel corrente a.s. _____

- 30/06 31/08 DETERMINATO BREVE

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire dal _____ al _____

per complessivi giorni _____ di:

- ASSENZA PER MALATTIA** Art.19 CCNL 2006/2009 (determinato annuale 1 mese al 100% - 2 mesi successivi al 50% - fino a 10 giorni decurtazione RPD/CIA D.L.133/2008)(determinato breve 30 giorni al 50%) **(3)**

PERMESSO PER MOTIVI (intera retribuzione):

spazio riservato all'ufficio
(giorni già usufruiti)

- Lutto** Art.15 CCNL 2006/2009 max 3 gg.ad evento **(1) (2)** _____
- Matrimonio 15 gg.** Art.15 CCNL 2006/2009 ad evento **(1) (2)** _____
- Donazione sangue** Art.8 Legge n. 219/2005 max 4/2 gg. **(1)** _____
- Donazione plasma** Art.8 Legge n. 219/2005 max 24 gg. **(1)** _____
- Studio (150 ore)** Art.15 CCNL 2006/2009 **(1)** _____
- Aggiornamento/Formazione/Specializzazione** Art.15 CCNL 2006/2009 max 5 gg. **(1)** _____

PERMESSO PER MOTIVI (senza retribuzione):

spazio riservato all'ufficio
(giorni già usufruiti)

- Partecipazione concorsi/esame** Art.19 CCNL 2006/2009 max 8 gg **(1) (2)** _____
- Personali/familiari** Art. 15 c.2 CCNL2006/2009 max 6 gg. **(1)** _____

ALTRE TIPOLOGIE DI ASSENZE:

spazio riservato all'ufficio
(giorni già usufruiti)

- Assenza per gravi patologie (3)** _____
- Infortunio sul lavoro (3)** _____
- Ferie** Art. 19 c.2 CCNL **(4)** _____
- Altre tipologie previste per legge (1) (3)** _____
- Aspettativa per motivi di famiglia, di lavoro, personali e di studio**
(Art.18 CCNL 2006/09) **(nessuna retribuzione) (2)** _____

Vicenza,

.....

firma del dipendente

- NOTE** **(1) allega documentazione giustificativa**
(2) compilare dichiarazione sostitutiva sul retro
(3) allega certificazione medica
(4) compilare dichiarazione per la sostituzione sul retro

VISTO: SI CONCEDE

IL D.S.G.A.
Giulia Dott.ssa Menegollo
(solo per il personale ATA)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Avv. Giuseppe Sozzo

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'amministrazione può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D. Lgs 196/2003).

Data, _____

Il dichiarante

SOSTITUZIONE FERIE (1)

ORA	CLASSE	SOSTITUITO DA	EVENTUALE CREDITO ORARIO GIA' PRESTATO (2)	FIRMA

(2) SPECIFICARE LA DATA NELLA QUALE SI E' PRESTATO L'ORA DI C.O.