



ISTITUTO COMPRENSIVO 1 Decima - Persiceto

Piazza Carducci, 6 – 40017 San Giovanni in Persiceto (BO)
e-mail: BOIC870001@istruzione.it - PEC: BOIC870001@pec.istruzione.it
Sede Centrale: Tel. 051 821229 - Fax 051 826201
Sede S. Matteo della Decima: Tel. 051 6824738 - Fax 051 6826714
CODICE MECC.: BOIC870001 - CODICE FISCALE: 91234980372



MODULO RICHIESTE ASSENZE VARIE

Prot. n. _____ San Giovanni in Persiceto, _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo 1 Decima - Persiceto

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di Docente/ATA scuola primaria/infanzia/secondaria di I grado
(specificare la SCUOLA) _____ a tempo indeterminato/determinato

CHIEDE

Che gli/le venga concesso un periodo di

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> FERIE | <input type="checkbox"/> Festività soppresse (Legge 937/77) |
| <input type="checkbox"/> Recupero lavoro straordinario | <input type="checkbox"/> Assenza per malattia |
| <input type="checkbox"/> Permesso retribuito art. 15 CCNL PERSONALE a T. Ind.to per: | <input type="checkbox"/> Assenza per malattia (visita medica)* |
| Comma 1: <input type="checkbox"/> concorsi (gg. 8 all'anno)** | Nel caso di assenza per malattia dovuta a visita medica si dichiara che tale visita non può essere fatta al di fuori dell'orario di servizio. |
| <input type="checkbox"/> lutto (gg. 3 ad evento); | |
| Comma 2: <input type="checkbox"/> motivi pers/fam. (gg. 3 all'anno)** | <input type="checkbox"/> Permesso non retribuito art. 19 CCNL PERSONALE a T. Det.to per |
| Comma 3: <input type="checkbox"/> matrimonio (gg 15 consecutivi); | Comma 7: <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ |
| Comma 7: <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ | <input type="checkbox"/> Aspettativa per <input type="checkbox"/> Famiglia |
| <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria (L. 8/03/2000, n° 53) | <input type="checkbox"/> Studio |
| | <input type="checkbox"/> Esperienza lavorativa |

dal _____ al _____ dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ dal _____ al _____ gg. _____

Allega: _____

Recapito: _____ Tel. _____ / _____

** Motivazione _____

S. Giovanni in P. _____

Firma

SI PRENDE ATTO

SI CONCEDE

NON SI CONCEDE

Per il seguente motivo: _____

IL DIRETTORE S.G.A
Dott.ssa Rosalba De Fusco

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Massimiliano Angelo Campisi