

**Oggetto: Richiesta di astensione dal lavoro**

Il/la sottoscritt/a \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_  
 (Cognome e Nome)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. 2014/15 con contratto a tempo  I.T.I.  T.D.  S.T.

**CHIEDE**

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

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di:

☐ ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S. <input type="checkbox"/> festività sopresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937
☐ malattia (**)	<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> per gravi patologie <input type="checkbox"/> visita specialistica <input type="checkbox"/> day hospital/degenza ospedaliera
☐ permesso retribuito per *	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame(fino ad un massimo di gg.8) <input type="checkbox"/> lutto familiare (gg. 3 per evento) <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali (gg. 3 per a.s.)- autocertificati - <input type="checkbox"/> matrimonio (gg.15 consecutivi) <input type="checkbox"/> ferie (6 giorni) <input type="checkbox"/> aggiornamento <input type="checkbox"/> donazione <input type="checkbox"/> diritto allo studio (150 ore) N. ore _____
☐ maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**)
☐ aspettativa per motivi di famiglia/studio	<input type="checkbox"/> art. 33 <input type="checkbox"/> art. 58
☐ altro caso previsto dalla normativa vigente	<input type="checkbox"/> legge 104/92 art. 3 comma 3 giorni _____ ore _____
<b>Permesso retribuito per supplenti</b>	<input type="checkbox"/> lutto familiare (gg. 3 per evento)
<b>Permesso NON retribuito(*)                  Personale supplente T.D.</b>	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame(fino ad un massimo di gg.8) <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali (fino a un massimo di gg.6) <input type="checkbox"/> per esercitare il diritto di voto (nel caso previsto) <input type="checkbox"/> altro

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

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

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

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

(\*) allegare documentazione giustificativa e/o dichiarare ex art. 76 D.P.R. n. 445/2000 \_\_\_\_\_

(\*\*) allegare certificazione medica \_\_\_\_\_

**RESPONSABILE ISTRUTTORIA**

IL DIRETTORE S.G.A.

(Dott. Angelo Russo)

**NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**VISTO:**

si concede  
 non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
 (Prof. Cataldo Domina)