

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'I.C. "Maria Capozzi"

I sottoscritt _____ in servizio presso questa scuola in

qualità di **DOCENTE** ☐ **A.T.A.** ☐ a tempo deter. ☐ A tempo indeter. ☐

chiede n° gg. _____ (dal _____ al _____) di permesso per motivi di

☐ **MALATTIA** (si allega certificato medico) n° certificato _____

☐ **VISITA SPECIALISTICA – ANALISI CLINICHE** (si allega certificato medico) *

* ☐ (in caso di Visita Specialistica, accertamenti diagnostici, analisi cliniche)

I il sottoscritt_ dichiara sotto la propria responsabilità e ai sensi della normativa vigente che la suddetta prestazione sanitaria non poteva essere effettuata al di fuori del proprio orario di servizio.

☐ **PERMESSO RETRIBUITO :** ☐ **Famiglia** per _____ (gg. 3 a.s.)
(specificare la motivazione)- usufruiti ad oggi n° _____

☐ **L. 104 art. 3 comma 3** (gg. 3 al mese) – usufruiti ad oggi n° _____

☐ personale ☐ familiare

☐ **Concorsi** (gg.8 ad a.s. compreso viaggio) – usufruiti ad oggi n° _____

☐ **Lutto** (coniuge, parenti entro 2 grado o affini 1 grado - gg.3 per evento)

☐ **Studio** (150 ore) usufruiti ad oggi n° _____

☐ **Ferie** art 13 comma 9 CCNL 2007/2009

☐ **Ferie** art 15 comma 2 CCNL 2007/2009 (ulteriori 6 gg. Per motivi familiari/personali)

☐ **Festività soppresse**

☐ **Riposo compensativo ore di straordinario**

☐ **Astensione obbligatoria per maternità** (all. certificato data presunta del parto)

☐ **Astensione obbligatoria per puerperio** (all. certificato nascita bambino/a)

☐ **Congedo parentale ai sensi d.l.vo n° 151/2001 e successive modifiche**
(usufruiti gg. n° _____) **

FIGLIO: Cognome _____ **Nome** _____ **data di nascita** _____

☐ **Congedo parentale per malattia figlio entro il 3° anno di età** (usufruiti n° _____) **

☐ **Congedo parentale per malattia figlio tra i 3 e gli 8 anni di età** (usufruiti n° _____) **

☐ **Altri motivi consentiti dalla legge :** _____

** ☐ _I_ il sottoscritt_ dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28/12/2000 modificato e integrato dall'art. 15 legge n. 3/2003 che l'altro genitore _____ nato a _____
il _____, nello stesso periodo non si trova in astensione dal lavoro per malattia del bambino.

Recapito: obbligatorio in caso di richiesta di permesso per salute e per ferie:

Indirizzo: _____ Tel. _____

Roma, _____ Firma _____

VISTO

☐ SI CONCEDE ☐ NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dr. Marco Di Maro