**Prot. \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ MOD. R -1**

 **del \_\_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_**

 **Al Dirigente Scolastico**

 **C.D. “E. De Filippo”**

 Santa Maria la Carità (NA)

**Oggetto : Richiesta assenza dal servizio**

\_\_\_l \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto in qualità di *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* con contratto a tempo

* Indeterminato
* Determinato **CHIEDE** di poter usufruire **di gg. \_\_\_\_\_\_\_**

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PER :

* **FERIE**

 □ Anno scolastico corrente □ Anno scolastico precedente

* **FESTIVITA’ SOPPRESSE**
* **MALATTIA** con certificato del medico curante
* **MALATTIA** (stato patologico connesso alla situazione di invalidità riconosciuta)
* **VISITA SPECIALISTICA** con certificato del medico
* **DAY HOSPITAL / DAY SURGERY** con certificato della struttura ospedaliera
* **RICOVERO ospedaliero** con certificato della struttura ospedaliera
* **POST RICOVERO** con certificato del medico curante
* **GRAVE PATOLOGIA** (art. 17 e 9 c 15 CCNL 06/09)
* **LEGGE 104/92 per assistenza a disabile** art. 33 comma 3 (3 gg. al mese)
* **LEGGE 104/92 portatore di handicap** art. 3 comma 3 (3 gg. al mese)
* **RECUPERO ORE** svolte oltre il normale orario di servizio
* **LUTTO** (3 gg. ad evento da utilizzare entro 1 mese in deroga a DL.vo 21/10/00)
* **DONAZIONE SANGUE** (L. 584/67)
* **PERMESSO per Concorso/Esame** (max 8 gg. - art. 15 c. 1 CCNL 06/09)
* **PERMESSO per Formazione/Aggiornamento** (max 5 gg. - art. 64 c. 5 CCNL 06/09) docenti
* **PERMESSO per Testimonianza in Tribunale** (art. 15 CCNL 06/09) **solo SE RESA a favore dell’** **amministrazione**
* **PERMESSO per Matrimonio** (15 gg. consecutivi art. 15 e art. 19 CCNL 06/09)
* **PERMESSO per Studio** (150 ore art. 15 CCNL 2000)

 IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA A COMUNICARE EVENTUALE VARIAZIONE DI INDIRIZZO DURANTE L’EVENTO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Santa Maria la Carità, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il richiedente

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTA la domanda : si autorizza

 **Il Dirigente Scolastico**

 La D.S.G.A. Dott.ssa Gilda Esposito

 Marina Giordano