Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo P. R. Baranzano

di Serravalle Sesia

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 in servizio presso codesto Istituto in qualità di  COLLABORATORE SCOLASTICO

  ASSISTENTE AMMINISTRATIVO  DSGA

con contratto a tempo  INDETERMINATO  DETERMINATO

CHIEDE

1. ***alla S.V. di assentarsi per gg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per:***

  FERIE A.S. PRECEDENTE (entro il 30 aprile)

  FERIE A.S. CORRENTE

* SANTO PATRONO (recupero del giorno nel caso in cui sia stato prestato servizio nel giorno del Santo Patrono)

  FESTIVITÀ SOPPRESSE (devono essere godute nell'anno scolastico di riferimento)

  RECUPERO (solo se già maturato con ore **autorizzate** dal DS o dal DSGA per esigenze di funzionamento)

  PERMESSO RETRIBUITO\* (personale di ruolo):

 motivi personali o familiari (max 18 ore per a.s.):  n. \_\_\_\_ ore  intera giornata (n. 6 ore)

 concorsi/esami (max 8 gg. per a.s.)

  PERMESSO RETRIBUITO\* (personale non di ruolo):

 motivi personali o familiari (max 18 ore per a.s.):  n. \_\_\_\_ ore  intera giornata (n. 6 ore)

* PERMESSO NON RETRIBUITO\* (personale non di ruolo) :

 motivi personali/familiari (max 6 giorni per a.s.)  concorsi/esami (max 8 giorni per a.s.)

  PERMESSO RETRIBUITO\* (personale ruolo e non di ruolo)  lutto  matrimonio  donazione sangue

\* Si allega documentazione relativa alla motivazione, giustificativa, anche autocertificata.

  PERMESSO RETRIBUITO\*\* (personale ruolo e non di ruolo) **per l’espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici (art. 33 CCNL/2018)**  fruibili su base sia giornaliera che oraria, nella misura massima di 18 ore, **riproporzionati** in caso di part-time.

 intera giornata (orario del giorno)  permesso orario pari a n. \_\_\_\_\_ ore dalle ore\_\_\_ alle ore\_\_\_\_

\*\*Con impegno a presentare l’attestazione di presenza con indicazione dell’orario.

  MOTIVI DI SALUTE:  malattia  ricovero ospedaliero  gravi patologie

  **visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici** oltre le 18 ore già fruite\*\*\*

(solo in caso di uno stato di incapacità lavorativa determinata da patologie in atto oppure determinata da caratteristiche di esecuzione e di impegno organico delle stesse).

\*\*\*Si allega prenotazione medica, con impegno a presentare attestazione di presenza, con specifica dell’orario, e certificazione dello “stato di incapacità lavorativa" (certificato di malattia o indicazione di tale incapacità contenuta nella suddetta attestazione di presenza).

 *Durante il periodo di assenza (in caso di malattia e solo se diverso dall’indirizzo abituale) il/la sottoscritto/a sarà*

 *domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 ASPETTATIVA per motivi di:  famiglia/personali  studio

□ LEGGE 104/92. La/Il sottoscritta/o – consapevole, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni penali previste in materia in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 – dichiara che:

- Nel mese in oggetto sono stati già usufruiti complessivamente n. \_\_\_\_ giorni □ dal sottoscritto □ da altri aventi diritto.

- L’assistito non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.

- Per permessi 104/92 a 150 Km di distanza il richiedente si impegna a produrre documentazione originale attestante l’effettivo raggiungimento del luogo ove effettuata l’assistenza per ogni giorno richiesto e dichiara di essere informato circa la facoltà del Dirigente Scolastico riguardante la richiesta di idonea documentazione attestante il bisogno di assistenza.

 INFORTUNIO sul lavoro e MALATTIA DOVUTA A CAUSA DI SERVIZIO

 ALTRO CASO\* previsto dalla normativa vigente (a titolo esemplificativo: formazione; impegni elettorali;…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***2) alla S.V. di assentarsi per***

 permesso breve il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_ tot. ore giornaliere di servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nel corso dell’anno, i permessi brevi non possono superare l’orario settimanale di servizio (36 ore).

Il permesso orario giornaliero non può essere superiore alla metà dell’orario di servizio della giornata in cui lo stesso viene richiesto.

 **Si allega - AUTODICHIARAZIONE** *(se richiesta dalla tipologia di assenza)*

 - *altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_