Istituto Comprensivo Statale "**TANCREDI - AMICARELLI**" Data : _____ Prot. n. _____ Tit. **VII.4** Riservato all'Ufficio	Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo Statale "**TANCREDI - AMICARELLI**" Via TANCREDI, 1 71037 **Monte Sant'Angelo**

___ sottoscritt_ _____ C. F. _____ nat__ il _____ a _____ in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di **Personale ATA** con contratto di lavoro a tempo _____ in servizio al **primo / secondo** turno di lavoro e con anzianità di servizio **inferiore/superiore** ad anni tre,

C H I E D E

alla S. V. di assentarsi per gg. ____ dal _____ al _____ per:

☐ **ferie**: (ai sensi dell'art. 13 del C. C. N. L. 2016/2018) ☐ *a. s. precedente* - ☐ *a. s. corrente*

☐ **festività soppresse** (previste dalla legge 23/12/1997 n. 937)

☐ **legge 104/92** – numero di giorni già goduti nel mese: ☐ **1** - ☐ **2** - ☐ **3**

☐ **riposo compensativo** del _____ ☐ **recupero** del _____

☐ **permesso breve**: ore ____ dalle _____ alle _____ del _____

(da recuperare secondo la normativa vigente)

☐ **permesso retribuito** (ai sensi dell'art. 15 del C. C. N. L. 2016/2018) per:

comma 1 : ☐ *concorsi* (gg. **8** all'anno) - ☐ *lutto* (gg. **3** ad evento);
comma 2 : ☐ *motivi personali/familiari* (gg. **3** all'anno);*
comma 3 : ☐ *matrimonio* (gg. **15** consecutivi);
comma 7 : ☐ *altro* (specificare) : _____

A tal fine dichiara (ai sensi della Legge 04/01/1968 n. 15 – Art. 47 D. P. R. 445 del 28/12/2000):

***** : _____

_____

☐ **permesso documentato** (ai sensi dell'art. 4, comma 16 bis del D. L. del 31/08/2013) per:

☐ *visita medica* ☐ *terapia* ☐ *prestazione specialistica* ☐ *esami diagnostici*

☐ **malattia** (ai sensi dell'art. 17 del C. C. N. L. 2016/2018):

Orario fasce di reperibilità: mattina dalle 9:00 alle 13.00; pomeriggio dalle 15.00 alle 18.00.

☐ *malattia* ☐ *ricovero ospedaliero* ☐ *malore* ☐ *day hospital* ☐ *day surgery*

☐ *causa di servizio* (ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2016/2018) ☐ *stato patologico*

☐ **maternità** (ai sensi della Legge 8 marzo 2000 n° 53

☐ *interdizione compl. gestazione* - ☐ *astensione obbligatoria*

☐ **aspettativa** (ai sensi dell'art. 18 del C. C. N. L. 2016/2018) per motivi di:

☐ *famiglia* - ☐ *studio*

☐ **infortunio sul lavoro**

☐ **congedo parentale**

per figli_ : Cognome _____ Nome _____

nat_il _____

☐ **malattia**
per figli_ : Cognome _____ Nome _____

nat_il _____

☐ **altro caso previsto dalla normativa vigente**: _____

Durante il periodo di assenza ___ sottoscritt_ sarà domiciliat_ in _____

Via/Piazza/Corso _____, n° _____ telefono n° _____

telefonino n° _____.

Allega: _____

_____

Monte Sant'Angelo, _____ Firma

_____

==========

VISTE l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, accertato che nell'ultimo triennio, ovvero nell'anno scolastico in corso, ha già usufruito di n° _____ giorni di malattia/ permesso,

☐ si riconosce quanto richiesto

☐ non si riconosce quanto richiesto

Motivo del diniego: _____

_____

_____

Il Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi Il Dirigente Scolastico