



Il / la sottoscritto/a _____,
 (cognome e nome)

DOCENTE

in servizio presso codesto Istituto a.s. _____ con contratto a tempo indeterminato determinato

CHIEDE di poter usufruire:

dal _____ al _____ - dalle ore _____ alle ore _____
 dal _____ al _____ - dalle ore _____ alle ore _____
 dal _____ al _____ - dalle ore _____ alle ore _____

Permesso Retribuito per (*)

- partecipazione a concorso/esami
- lutto familiare
- motivi personali/familiari
- matrimonio
- malattia – visita medica (**)
- L.104/92 art.33

Maternità

(allegare dichiarazione del coniuge)

- interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) (art.17 comma 2D.L.151/2001)
- congedo maternità (D.L.151 del 26/03/2001 art. 12) (**)
- congedo per malattia del figlio (D.L.151 del 26/03/2001 art. 19) (**)
- congedo parentale: (D.L.151 del 26/03/2001-D.lgs 80 del 15/6/2015)
 nome figlio/a _____ data di nascita: _____

permesso breve (art.16 C.C.N.L. Scuola)

aspettativa per motivi di famiglia / studio (*)

permesso non retribuito per _____ (*)

altro caso previsto dalla normativa vigente (*) _____

Autodichiarazione ai sensi del D.P.R. n° 445 12/2000 _____

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

 (località, via o piazza, n.ro civico, n.ro di telefono)

ASTI, _____

 firma del dipendente

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

VISTO:

Il Dirigente Scolastico