

ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 12

Via Cestellini , snc – Ponte San Giovanni – 06135 PERUGIA Tel. 075 39 55 39 – fax 075 39 33 20
 Email: pgic840009@istruzione.it – PEC: PGIC840009@PEC.ISTRUZIONE.IT Sito: www.istitutocomprensivoperugia12.it

RICHIESTA ASSENZE/FERIE/PERMESSI

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA DELL'I.C. PERUGIA 12

PROT. N. _____

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ T.I. - T.D. chiede di poter usufruire di:

- FERIE:** relativa al corrente a.s. _____ gg. _____ dal _____ al _____
 relative al precedente a.s. _____ gg. _____ dal _____ al _____
 (Art. 13 C.C.N.L. 2006/09) T.I. gg. _____ dal _____ al _____
 (Art. 19 C.C.N.L. 2006/09) T.D. gg. _____ dal _____ al _____

- FESTIVITA' SOPPRESSE:** (Art. 14, C.C.N.L. 2006/09) gg. _____ dal _____ al _____
 gg. _____ dal _____ al _____

- PERMESSO RETRIBUITO** (Art.46/Art. 15/Art.19, C.C.N.L. 2006/09)
 partecipazione concorso/esami gg. _____ dal _____ al _____
 lutto familiare (entro 7 gg. dal decesso) gg. _____ dal _____ al _____
 matrimonio gg. _____ dal _____ al _____

(*) per il personale a T.D., art. 19 C.C.N.L. 2006/2009, i permessi per partecipazione concorso/esami sono senza retribuzione.

- MALATTIA:** (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009) gg. _____ dal _____ al _____

- ANALISI CLINICHE - VISITA SPECIALISTICA –TERAPIE – ESAMI DIAGNOSTICI** (Art 33. C.1,2 C.C.N.L. 2016/18 base giornaliera) gg. _____ dal _____ al _____

- ANALISI CLINICHE - VISITA SPECIALISTICA -TERAPIE – ESAMI DIAGNOSTICI** (Art. 33, CC. 3, 4 C.C.N.L. 2016/18 base oraria) gg. _____ dalle ore _____ alle ore _____

- L. 104/92** (art.32 C.C.N.L. 2016/18 base oraria/giornaliera)
 Già fruiti nel mese ore/gg. _____ gg. _____ dal _____ al _____
 gg. _____ dal _____ al _____
 gg. _____ dal _____ al _____

- PERMESSO RETRIBUITO PER MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI:** (Art. 31 C.C.N.L. 2016/18) gg. _____ dal _____ al _____

- PERMESSO ORARIO RETRIBUITO PER MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI:** (Art. 31 C.C.N.L. 2016/18) gg. ____/____/____ n. ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

- INFORTUNIO SUL LAVORO** **MALATTIA DOVUTA A CAUSA DI SERVIZIO** gg. _____ dal _____ al _____
 (ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/2009)

- ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE:** _____
 gg. _____ dal _____ al _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto/a sarà domiciliato in Via _____ Tel. _____

Data _____ Firma _____

SI CONCEDE
 NON SI CONCEDE

Il D.S.G.A.

La Dirigente Scolastica
 Dott.ssa Simona Ferretti