

**ISTITUTO COMPRENSIVO “I. O. GRISELLI” MONTESCUDAIO**

**Via Roma 55 - Montescudaio**

**Al Dirigente Scolastico**

OGGETTO: **Richiesta di assenza dal lavoro**

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

Cognome e nome qualifica

in servizio presso codesto Istituto nel corrente a.s. \_\_\_\_\_\_\_ con contratto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede alla S.V.

indeterminato / determinato

di poter usufruire nel/i periodo/i dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni\_\_\_\_\_\_\_ per:

: □ Relative all’ a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Giorni \_\_\_\_\_)

□ Maturate (Giorni \_\_\_\_\_)

□ **Ferie** □ Festività previste dalla legge n° 937/77 (Giorni \_\_\_\_\_)

□ Art. 21 comma 2° CCNL (Giorni \_\_\_\_\_)

□ Partecipazione a concorso / esame

□ Retribuito □ Lutto familiare

□ L. 104

□ **Permesso**

□ Non retribuito □ Motivi personali / familiari

□ Matrimonio

□ Interdizione per gravi complicanze della gestazione (\*\*)

□ Astensione obbligatoria (\*\*)

□ **Maternità** □ Astensione facoltativa

1°mese intero fino a 12 anni

5 mesi al 30% fino a 6 anni

da 6 a 8 anni (dipende dal reddito-se il reddito individuale del

genitore in astensione è inferiore a due volte e mezzo l’importo

del trattamento minimo di pensione.

da 8 a 12 anni nessuna retribuzione

□ Malattia del bambino (L. 1204/71 art. 7 comma 2) (\*)

□ fino a 3 anni stipendio intero

□ da 3 a 8 anni (5 giorni per ogni anno d’età del bambino)

□ Visita specialistica

□ **Malattia (\*\*)**

□ Ricovero ospedaliero

□ **Aspettativa per motivi di famiglia / studio (\*)**

□ **Altro caso previsto dalla normativa vigente (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(\*) Allegare documentazione giustificativa (\*\*) Allegare certificazione medica**

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

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

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma

**Visto il Dirigente Scolastico (Dott.ssa Maria Paola Ciccone)**