

___ L ___ sottoscritt _____ in servizio presso questa Istituzione Scolastica nel corrente A.S. 2022/2023
in qualità di _____ con contratto a tempo _____.

CHIEDE

alla S. V. di assentarsi dal servizio per il seguente motivo, ai sensi del CCNL 29/11/2007 e del CCNL 19/04/2018

<input type="checkbox"/> Malattia (art. 17 CCNL 2007) <input type="checkbox"/> Malattia - Invalidità/Causa Serv Tab A ed E D.P.R. 834/81	<input type="checkbox"/> Malattia Visita specialistica (Si allega documentazione attestante l'impossibilità di effettuare la prestazione al di fuori del proprio orario di servizio - integrare con certificato visita)	
<input type="checkbox"/> Malattia Ricovero ospedaliero/day hospital (Si allega certificato ricovero e/o dimissioni)	<input type="checkbox"/> Infortunio sul lavoro (art. 20 CCNL 2007)	
<input type="checkbox"/> Permesso retribuito (art.15 CCNL 2007) <input type="checkbox"/> Allega /si riserva di allegare documentazione <input type="checkbox"/> Autocertifica _____ _____	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorsi ed esami <input type="checkbox"/> lutti familiari <input type="checkbox"/> motivi personali/familiari <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> diritto allo studio (150 ore) <input type="checkbox"/> dottorato per ricerca <input type="checkbox"/> partecipazione a iniziative di aggiornamento / convegni Amm.ne <input type="checkbox"/> fruizione del diritto alla formazione	
<input type="checkbox"/> Permesso L. 104/92 art. 21	<input type="checkbox"/> Permesso L. 104/92 art. 33 - Allega autocertificazione	
<input type="checkbox"/> permesso donatori di sangue	<input type="checkbox"/> permesso per gravi motivi personali/familiari (l. 53/2000 art. 4 c. 1)	
<input type="checkbox"/> congedo di maternità (ex astensione obbligatoria) (Si allega copia del Certificato medico con data presunta del parto)	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicazioni nella gestazione (Si allega copia certificato medico e copia istanza Ispettorato del Lavoro)	<input type="checkbox"/> congedo di paternità obbligatorio (D.Lgs. 105/2022)
<input type="checkbox"/> congedo parentale (fino a 12 anni di età del bambino) D.Lgs.151/2001 (e ss.mm.ii. D.L. 80/2015 e D.L. 105/2022)	<input type="checkbox"/> 30 gg. Retribuiti per intero <input type="checkbox"/> 3 mesi Retribuiti al 30% (madre) <input type="checkbox"/> 3 mesi Retribuiti al 30% (padre) <input type="checkbox"/> 3 mesi Retribuiti al 30% (alternativamente) <input type="checkbox"/> Ulteriori Periodi al 30% (per reddito < min) (Si allega prospetto e dichiarazione altro genitore)	<input type="checkbox"/> Congedo per malattia del figlio (da 0 a 3 anni di età del bambino) <input type="checkbox"/> Congedo per malattia del figlio (da 3 a 8 anni di età del bambino) (Si allega dichiarazione altro genitore)
<input type="checkbox"/> aspettativa senza assegni (art. 18 CCNL)	<input type="checkbox"/> per motivi di famiglia o personali <input type="checkbox"/> motivi di studio e ricerca	
<input type="checkbox"/> ferie (art. 13 CCNL 2007) <input type="checkbox"/> relative all'a. s. corrente 2022/2023 <input type="checkbox"/> non godute nell'a. s. 2021/2022	<input type="checkbox"/> festività soppresse relative all'a. s. corrente 2022/2023 (art. 14 CCNL 2007)	
<input type="checkbox"/> riposo compensativo per lavoro straordinario <input type="checkbox"/> A.S. precedente (entro 90 gg nuovo AS giorni sospensione attività didattiche) <input type="checkbox"/> A.S. Corrente 2022/2023	<input type="checkbox"/> permesso sindacale <input type="checkbox"/> convocazione Tribunale (per motivi legati all'Amm.ne) <input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla normativa vigente (specificare) _____	
SOLO PERSONALE ATA		
<input type="checkbox"/> Permesso orario retribuito per motivi personali o familiari (art.31 CCNL 2018) <input type="checkbox"/> Allega/si riserva di allegare documentazione <input type="checkbox"/> Autocertifica _____ <input type="checkbox"/> ore _____ <input type="checkbox"/> giorni _____	<input type="checkbox"/> Permesso L. 104/92 art. 33 (art. 32 CCNL 2018) <input type="checkbox"/> ore _____ <input type="checkbox"/> giorni _____ Allega autocertificazione	<input type="checkbox"/> Permesso retribuito per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici (art.33 CCNL 2018) <input type="checkbox"/> ore _____ <input type="checkbox"/> giorni _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ per giorni ____ dal ___/___/___ al ___/___/___ per giorni ____.

dal ___/___/___ al ___/___/___ per giorni ____ dal ___/___/___ al ___/___/___ per giorni ____.

Reggio Calabria, li ___/___/___

Firma

Visto **parere favorevole** **parere non favorevole** **Il Dsga** _____

Visto **si autorizza** **non si autorizza**

**Il Dirigente Scolastico
(Dott. Giuseppe Romeo)**