

- ☐ REGISTRO
- ☐ INSERIMENTO ARGO
- ☐ INSERIMENTO SIDI

Fonogramma del

Trasmette

Riceve ora del

**Istituto Comprensivo
"S.Gennarelli" Ottaviano**

Prot..... data.....

Tit..... classe.....

COMUNICA

La propria assenza dal servizio per MALATTIA art.17 CCNL a partire

☐ da oggi ☐ dal n..... giorni

☐ farà conoscere i giorni appena il medico curante o specialistico determinerà la prognosi informa ai sensi delle norme vigenti di non poter assicurare la propria reperibilità dalle ore alle ore

per la possibile presenza nell'ambulatorio del medico convenzionato con il SSN medico di fiducia o specialista.

Che la Visita Fiscale sia ☐ ambulatoriale ☐ domiciliare

...l... sottoscritt.....in servizio presso codesto Istituto in

qualità di a T.I. T.D nel corrente A.S. 20...../ 20.....

CHIEDE

Di poter usufruire dal Al di giorni.....di:

☐ Ferie (docenti-Ata) ☐ anno corrente (art.13 CCNL 2006/099) ☐ anno precedente

☐ Festività sopresse (art.14 CCNL 2006/09)

☐ Interd. Anticip (art.11 Legge 53/ 2000)

☐ Congedo di maternità (art.3 L.53/2000)

☐ Congedo Parentale figli 1-3 anni (30 gg. al 100%)

☐ Congedo Parentale figli 1-8 anni (6 mesi al 30%)

☐ Congedo Parentale malattia bambino 1-3anni (30 gg. al 100%)

☐ Congedo Parentale malattia bambino 1-8anni (5 gg. all'anno senza retribuzione)

☐ Legge 104/92

☐ Permessi retribuiti (art.15)

☐ Famiglia e Personale

☐ Lutto

☐ Studio /Formazione

☐ Donazione sangue

☐ Concorsi ed Esami

Altro.....

Data.....

Firma

.....

Vista la sopra esposta comunicazione richiesta Dispone la concessione ☐ SI ☐ NO

Disposizione Visita Fiscale ☐ Supplenza ☐

IL D.S.G.A
Mariapola Ferrara

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Nappi Iolanda