**PROTOCOLLO N°** …………………………………………..**/**……………….… **DEL** …………….………...........………...

***Al Dirigente Scolastico***

***Dell’Istituto Comprensivo Statale “San Biagio” – Vittoria***

**RICHIESTA/COMUNICAZIONE ASSENZA DAL SERVIZIO**

Il/la sottoscritto/a: nato/a il in servizio presso questo Istituto in qualità di: con contratto a tempo:  ***DETERMINATO***  ***INDETERMINATO***

**CHIEDE/COMUNICA di assentarsi dal servizio nel/nei giorno/giorni:**



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dal al \_ \_ Dal al \_ \_ Dal al \_ \_  | **TOTALE GIORNI:**  |  | **PER:**  |
|  | Salute  *malattia*  *visita specialistica /accertamenti diagnostici*  *day hospital*  *ricovero ospedaliero*  |  |
|  | Ferie  *a.s. corrente -*   *a.s. precedente* *ferie documentate art. 15 c.2* (max 6 gg per a.s. solo per docenti a T.I.)  |  |
|  | Festività soppresse  |  |
|  | Permesso breve dalle ore:  |   | alle ore:  |   | (da recuperare entro 2 mesi dalla fruizione)  |  |
|  | Permesso in qualità di portatore di handicap o per l’assistenza a soggetti in condizione di handicap L.L.104/92 (rinnovare pratiche all’inizio dell’a.s.) |  |
|  | Permessi per l’espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici, base a giornaliera che oraria dalle ore alle ore (nella misura massima di 18 ore per A.S. solo per il per. ATA)  |  |
|  | Congedo biennale per l’assistenza a familiari/figli in condizione di handicap ((rinnovare pratiche all’inizio dell’a.s.) |  |
|  | Congedo biennale in qualità di portatore di handicap ((rinnovare pratiche all’inizio dell’a.s.) |  |
|  | Permesso retribuito  *particolari motivi personali e familiari* (solo per personale T.I. (max gg 3 per a.s.) *partecipazione a concorsi ed esami* (max gg 8 per a.s.)  |  |
|  | Permesso non retribuito (solo per personale T.D.)  *particolari motivi personali e familiari* (max gg 3 per a.s.)  *partecipazione a concorsi ed esami* (max gg 8 per a.s.)  |  |
|  |  Malattia bambino (Inf. 3 anni)  Malattia bambino (da 3 anni a 8 anni)  |  |
|  | Donazione sangue  |  |
|  | Partecipazione a corsi di aggiornamento (convegni e congressi doc. T.I e T.D–max gg 5 per a.s.-RETRIBUITO)  |  |
|  | Testimonianza  |  |
|  | Matrimonio  |  |
|  | Permesso per evento luttuoso (personale T.I. e T.D. – max 3 gg )  |  |
|  | Infortunio sul lavoro  |  |
|  | Riposi Compensativi - CCNL Scuola art. 54 c. 4  |  |
|  | Permessi per Diritto allo studio (max 150 ore per anno solare)  |  |
|  | I Interdizione dal lavoro per tutela della salute della lavoratrice |  |
|  | Astensione obbligatoria per gravidanza  |  |
|  | Astensione obbligatoria per puerperio  |  |
|  | Altro caso previsto dalla normativa vigente  |  |

***A tal fine***

* si allega la seguente documentazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vittoria li, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma del richiedente**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Visto del DS**

 **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Prof. Carmelo La Porta