

<b>Prot. n.</b>
<b>Del</b>
<b>N. Cert. Tel.</b>

<b>SISSI/</b>	<b>DECURTAZIONE</b>
<b>ASSENZE NET</b>	
<b>V.S.G.</b>	

*Al Dirigente Scolastico*  
**Istituto d'Istruzione Superiore "A. Businco"**  
**JERZU**

**Oggetto: RICHIESTA ASTENSIONE DAL LAVORO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 (Cognome e Nome) (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
 (indeterminato/determinato)

**CHIEDE**

alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

**dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_ di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di:

<input type="checkbox"/> <b>Ferie</b> ( <u>Compilare anche il retro pagina</u> )	<input type="checkbox"/> relative al <b>corrente anno scolastico</b> <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel <b>precedente anno scolastico</b>
<input type="checkbox"/> <b>Festività sopresse</b> previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> <b>Permesso retribuito</b> per (**) <u>(Compilare anche il retro pagina)</u>	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> matrimonio
<input type="checkbox"/> <b>Maternità</b>	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa generale (art. 32/36 D.L.vo 151/01)(*) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa <u>malattia bambino</u> sino al 3° anno (art. 47/50 D.L.vo 151/01) (*) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa <u>malattia bambino</u> dal al 3° all' 8° anno (art. 47/50 D.L.vo 151/01) (*)
<input type="checkbox"/> <b>Permesso Legge 104</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Malattia (*) - (***)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Visita specialistica (*)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Aspettativa</b> per motivi di famiglia/studio (**)	
<input type="checkbox"/> <b>Altro caso</b> previsto dalla normativa vigente (**)	

(\*) : Allegare certificazione medica; (\*\*\*) L'assenza è imputabile ad un terzo responsabile  SI -  NO

(\*\*) : Allegare documentazione giustificativa.

➤ Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

_____ (Data)	_____ (Firma del dipendente)
-----------------	---------------------------------

**Il Direttore S.G.A. esprime parere:**

- favorevole  
 non favorevole

\_\_\_\_\_  
 (Il Direttore S.G.A.)

**ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Visto:

- Si autorizza   
 Non si autorizza

\_\_\_\_\_  
**Il Dirigente Scolastico**  
 (Prof. PODDA Ignazio)

<b>FONOGRAMMA</b>	Riceve
Del _____ ore	Trasmette

**Solo per il personale Docente**  
**Richiesta di ferie**

- Giorno \_\_\_\_\_
- Giorni fruiti in precedenza N° \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Ora	Classe di servizio e orario previsto	Variazione ( docente che effettua la sostituzione)
1^		
2^		
3^		
4^		
5^		
6^		

- Firma del Docente che richiede il congedo \_\_\_\_\_
- Firma del Docente che effettua la sostituzione \_\_\_\_\_

**PER TUTTO IL PERSONALE DOCENTE E A.T.A**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art. 46 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

**Da compilare per la richiesta di : Permesso Retribuito e FERIE**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace,

**DICHIARO**

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

(Luogo)

(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma per esteso del dichiarante)

**Solo per il personale A.T.A.**

Firma del collega	Firma del collega
Firma del collega	Firma del collega
Firma del collega	Firma del collega