

..l.. sottoscritt... _____

ASSISTENTE AMMINISTRATIVO/COLLABORATORE SCOLASTICO con contratto a TEMPO DETERMINATO

in servizio nel plesso di Scuola _____

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per gg. _____ dal _____ al _____ e dal _____ al _____
 dal _____ al _____ e dal _____ al _____ per:

TIPOLOGI ASSENZA/PERMESSO		documenti da allegare
<input type="checkbox"/>	FERIE <small>(Art. 19, Comma 2- del C.C.N.L./07 - comparto scuola)</small>	
<input type="checkbox"/>	FESTIVITÀ SOPPRESSE <small>(Art. 14 C.C.N.L./07 - comparto scuola e legge 23/12/1977, n° 937)</small>	
<input type="checkbox"/>	ASSENZA PER MALATTIA (SUPPLENZA ANNUALE O FINO AL TERMINE DELLE ATTIVITA') <small>CCNL 2007 ART. 19 C. 3, 4, 5, 6; D.L. 112/2008 ART. 71 C. 1; CIRC. 7/2008 DIP. FUNZ. PUBBL.</small>	certificato medico telematico
<input type="checkbox"/>	ed in applicazione alla L.133/2008 (barrare la voce per cui si chiede il permesso) <input type="checkbox"/> visita specialistica <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> analisi cliniche <input type="checkbox"/> decorso post-ospedaliero	certificato/attestazione/ dichiarazione della struttura medica
<input type="checkbox"/>	ASSENZA PER MALATTIA (SUPPLENZA BREVE) <small>CCNL 2007 ART. 19 C. 10, 11; ; D.L. 112/2008 ART. 71 C. 1; CIRC. 7/2008 DIP. FUNZ. PUBBL.</small>	certificato medico
<input type="checkbox"/>	ed in applicazione alla L.133/2008 (barrare la voce per cui si chiede il permesso) <input type="checkbox"/> visita specialistica <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> analisi cliniche <input type="checkbox"/> decorso post-ospedaliero	certificato/attestazione/ dichiarazione
<input type="checkbox"/>	ASSENZA PER GRAVI PATOLOGIE <small>CCNL 2007 ART. 17 COMMA 9</small>	certificato medico con indicazione "Patologia grave che richiede terapia salvavita" e <u>descrizione</u> del tipo di terapia e l'effetto invalidante
<input type="checkbox"/>	ASSENZA PER INFORTUNIO SUL LAVORO <small>CCNL 2007 ART. 20 C. 1, 3</small>	certificato medico
<input type="checkbox"/>	CONGEDO PER CURE PER INVALIDI <small>D.LVO 119/2011 ART. 7</small>	prescrizione medica con indicazione "Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta" e <u>documentazione di avvenuta sottoposizione alle cure</u>
<input type="checkbox"/>	PERMESSO NON RETRIBUITO PER PARTECIPAZIONE A CONCORSI OD ESAMI <small>CCNL 2007 ART. 19 C. 7, 8</small>	attestazione
<input type="checkbox"/>	PERMESSO RETRIBUITO PER LUTTO FAMILIARE <small>CCNL 2007 ART. 19 C. 9, 13</small>	certificato di morte
<input type="checkbox"/>	PERMESSO NON RETRIBUITO PER MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI <small>CCNL 2007 ART. 19 C. 7, 8</small>	certificato/attestazione/ dichiarazione
<input type="checkbox"/>	PERMESSO PER MATRIMONIO <small>CCNL 2007 ART. 19 C. 12, 13</small>	certificato di matrimonio
<input type="checkbox"/>	PERMESSO RETRIBUITO PER DIRITTO ALLO STUDIO <small>D.P.R. 395/88 ART. 3</small>	attestazione
<input type="checkbox"/>	PERMESSO DONATORI DI SANGUE ED EQUIPARATI <small>L. 107/90 ART. 13; L. 52/2001 ART. 5</small>	attestazione
<input type="checkbox"/>	ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER GRAVIDANZA <small>D.LVO 151/2001 ART. 16, 20, 22; Trattamento economico e normativo: art. 22, 23, 24 Dlvo 151; art.12 c. 2 CCNL 2007. Trattamento previdenziale: art. 25 Dlvo 151</small>	certificato (data presunta parto)
<input type="checkbox"/>	ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER PUERPERIO <small>D.LVO 151/2001 ART. 16, 20, 28; Trattamento economico e normativo: art. 22, 23, 24 Dlvo 151; art.12 c. 2 e 3 CCNL 2007. Trattamento previdenziale: art. 25 Dlvo 151</small>	certificato nascita del bambino entro 30 gg dal parto
<input type="checkbox"/>	INTERDIZIONE DAL LAVORO PER TUTELA DELLA SALUTE DELLA LAVORATRICE <small>D.LVO 151/2001 ART. 6, 7 E 17; CCNL 2007 ART. 12 C. 2; CIRC. MIN. LAVORO N. 2 DEL 16/2/2012</small>	certificato (data presunta parto)
<input type="checkbox"/>	CONGEDO PARENTALE 1-12 ANNI DI VITA DEL BAMBINO figlio/a _____ nato/a il _____ <small>D.LVO 151/2001 ART. 32, 34, 35, 36; D.LVO 80/2015 ART. 7 COMMA 1 LETTERA A); ART. 9 COMMA 1; D.LVO 148/2015 ART. 43 COMMA 2</small>	dichiarazione giorni già fruiti dichiarazione dell'altro genitore (All. A)
<input type="checkbox"/>	CONGEDO PARENTALE INTERAMENTE RETRIBUITO figlio/a _____ nato/a il _____ <small>D.LVO 151/2001 ART. 32; CCNL 2007 ART. 12 C. 4, ART. 19 C. 14</small>	dichiarazione giorni già fruiti dichiarazione dell'altro genitore (All. A)
<input type="checkbox"/>	RIPOSO GIORNALIERO NEL PRIMO ANNO DI VITA DEL BAMBINO (ALLATTAMENTO) <small>D.LVO 151/2001 ART. 39, 40, 41, 45 C. 1</small>	certificato nascita bambino
<input type="checkbox"/>	PERMESSO PORTATORE DI HANDICAP O PER ASSISTENZA A FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP (fruiti alternativamente anche a ore, per max 18 ore mensili) <small>L. 104/92 ART. 33 C. 3, 6; D.LVO 151/2001 ART. 42 COMMA 2 (COME SOSTITUITO DALL'ART. 4 C. 1 LETT. A) D.LVO 119/2011); CCNL 2007 ART. 15 C. 6, ART. 19 C. 14</small>	giorni già fruiti nel mese <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/>	ASSENZA RETRIBUITA PER LA MALATTIA DEL FIGLIO DI ETÀ NON SUPERIORE A TRE ANNI <small>D.LVO 151/2001 ART. 47 C. 1, ART. 48, 49, 50 - figlio/a _____ nato/a il _____</small>	certificato malattia bambino dichiarazione dell'altro genitore (All. B)
<input type="checkbox"/>	CONGEDO PER LA MALATTIA DEL FIGLIO DI ETÀ COMPRESA TRA I TRE E GLI OTTO ANNI <small>D.LVO 151/2001 ART. 47 C. 2, ART. 48, 49, 50 - figlio/a _____ nato/a il _____</small>	certificato malattia bambino dichiarazione dell'altro genitore (All. B)
<input type="checkbox"/>	ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE: _____	Di cui si allega

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo (solo assenza per malattia):

Luogo e data _____

Firma del dipendente

Vista la domanda,
 si concede
 non si concede

VISTO Il Dirigente Scolastico
Prof. PAOLO FATIGANTI

IL D.S.G.A.
Rag. LAURA NISATO