Al Dirigente Scolastico
Del Liceo Classico "G. Garibaldi"
di PALERMO

OGGETTO: Richiesta di congedo personale ata

Il/la sottoscritto/a____

in servizio presso codesto Istituto, in qualità di_______________________________________

con contratto a tempo ____________________________________
(indeterminato/determinato)

C H I E D E

Al fine di potere organizzare il servizio, la comunicazione va presentata 7 giorni prima tranne i casi di cui non è possibile preventivare l'assenza

alla S.V. di assentarsi per gg.________ dal ________________ al __________________ per:

☐ ferie *(ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)* ☐ a.s. precedente - ☐ a.s. corrente

☐ festività soppresse *(previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)*

☐ recupero ore prestate in eccedenza nel mese di ________________

☐ malattia *(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)* ***(**)***
☐ visita specialistica - ☐ ricovero ospedaliero - ☐ analisi cliniche

☐ permesso retribuito *(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ concorsi/esami ***(*)*** - ☐ motivi personali/familiari ***(*)*** - ☐ lutto - ☐ matrimonio

☐ aspettativa per motivi di: *(ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ famiglia - ☐ lavoro - ☐ personali - ☐ studio

☐ maternità:
☐ interdizione dal lavoro ***(**)*** - ☐ astensione obbligatoria ***(**)***
☐ astens. facolt. (art. 7 co.1 L. 1204/71 ***(*)*** - ☐ astens. fac. (art.7 co. 2 L. 1204/71) ***(**)***

☐ legge 104/92 - giorni già goduti nel mese: ☐ 1 - ☐ 2 - ☐ 3

☐ infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio *(ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)*

☐ altro caso previsto dalla normativa vigente ***(*):*** ____

☐ permesso breve: per il giorno _______________dalle ore ___________ alle ore __________ per un totale di ore ___________

Durante il periodo di assenza, il sottoscritto sarà domiciliato in ____________________________
Via ____________________________n°___________ tel. ___________________________________

***(*)* Motivaz./Allegare dichiaraz. sostitiva**:____
***(**)* Allegare certificazione medica**

Palermo,______________ Con Osservanza

____

^^

Vista la domanda, esprime parere ***Il D.S.G.A***
☐ favorevole ☐ non favorevole Dott.ssa Benedetta Giunta

^^

Vista la domanda,
☐ si concede
☐ non si concede ***Il Dirigente Scolastico***
(Prof.ssa Maria Vodola)