

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
del CPIA di MACERATA

OGGETTO: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO ATA

Il sottoscritto _____, _____
Cognome e nome qualifica

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con incarico a tempo _____
Indeterminato/determinato

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

dal _____ al _____ di complessivi n° _____ giorni di:

- | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | ferie | <input type="checkbox"/> | relative al corrente anno scolastico | |
| | | <input type="checkbox"/> | maturate e non godute nel precedente anno scolastico | |
| <input type="checkbox"/> | festività previste dalla Legge 23 dicembre 1977 n. 937 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | partecipazione a concorso/esame | (max 8 giorni per a.s.) |
| <input type="checkbox"/> | permesso retribuito per (*) | <input type="checkbox"/> | lutto familiare | (max 3 giorni per evento) |
| | | <input type="checkbox"/> | motivi personali /familiari | (max 3 giorni per a.s.) |
| | | <input type="checkbox"/> | matrimonio | (max 15 giorni comprensivi della data del matrimonio) |
| <input type="checkbox"/> | RECUPERO | servizio già prestato | | |
| <input type="checkbox"/> | astensione obbligatoria (legge 30 dicembre 1971 n. 1204 art. 4 e L. 53/2000 artt. 11,12 e 13) | | | |
| <input type="checkbox"/> | astensione facoltativa nei primi 8 anni del bambino (L. 53/2000 art.3) | | | |
| <input type="checkbox"/> | astensione facoltativa per malattia del bambino nei primi 3 anni (L. 53/2000 art. 3) | | | |
| <input type="checkbox"/> | malattia (**) - certificato medico n° _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> | aspettativa per motivi di famiglia/studio (*) | | | |
| <input type="checkbox"/> | altro caso previsto dalla normativa vigente(*) _____ | | | |

FONOGRAMMA ricevuto in data _____ alle ore _____ da _____
Firma di chi riceve

Firma del dipendente

- SI AUTORIZZA
 NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Sabrina Fondato

(*) allegare documentazione giustificativa o compilare la sottostante Dichiarazione Sostitutiva di certificazione
(**) fornire numero certificazione medica