



Ministero della Istruzione, dell'Università e della Ricerca
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "PARCO DI VEIO"
 Via Fosso del Fontaniletto, 29/b-0189 ROMA ☎ 06.33.26.75.47 ☎ 06.33.25.09.48
 ✉ rmic8bv005@istruzione.it - 🌐 www.icparcodiveio.it
 XXVIII Distretto – XV Municipio

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
SEDE

Il/La sottoscritto/a _____

DOCENTE NON DOCENTE

CHIEDE

Alla S.V. di assentarsi per gg. _____ dal _____ al _____ per:

- ferie (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/09) a.s. precedente a.s. corrente
- festività sopresse (previste dalla legge 23/12/1977, n. 937)
- recupero
- malattia (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/09)
 - ricovero ospedaliero day hospital grave patologia
- malattia (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/09)
 - visita clinica specialistica (1) – (2) accertamento diagnostico prest. terapeutica specialistica
- permesso retribuito (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/09)
- motivi personali/familiari permesso studio/ricerca permesso obbl. legali/civili lutto
- maternità Ast. Obbl. compl. gestazione Ast. obbl. gravidanza Ast. obbl. puerperio
- congedo parent. 1-3 anni malattia bambino 1^anno 2^anno 3^anno
- congedo parentale 1-12 anni bambino
- aspettativa per motivi di famiglia/studio
- legge 104/92
- altro caso previsto dalla normativa vigente _____
- permesso orario per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
 verrà sostituita dal/dalla collega _____
- il cambio turno nella classe _____ il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
 con il/la collega _____

*(1) Quanto alle modalità di certificazione di queste assenze, in caso in cui l'assenza venga a coincidere con il terzo o successivo evento nell'arco dell'anno solare ovvero l'assenza di malattia si protragga oltre il decimo giorno, qualora il dipendente debba o voglia sottoporsi ad una prestazione specialistica presso una struttura privata dovrà produrre, unitamente all'attenzione da quest'ultima rilasciata, la relativa prescrizione effettuata da una struttura pubblica o con il medico convenzionato con il S.S.N.

*(2) **DICHIARA** sotto la propria responsabilità, ai sensi della l. 127 del 15/05/97 modificata e integrata dalla l. 191 del 16/06/98 consapevole delle conseguenze previste dall'art. 489 del codice penale che tale/i prestazione/i non poteva/no essere effettuata/e al di fuori dell'orario di servizio e chiede per tale assenza il trattamento previsto dall'art. 19 del vigente C.C.N.L. per le assenze per malattia

Roma, _____

IN FEDE

Compatibile con esigenze di servizio
 e giuridicamente possibile

IL D.S.G.A.
 Giuseppina ZONA

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
 Maria Concetta MESSINA