

PROT.N. \_\_\_\_\_ FP DEL \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso codesto I.C. in qualità di:

- Assistente Amministrativo**                       **Collaboratore Scolastico**  
 **Docente**                                                       **Docente IRC (fino al 4° anno di servizio)**

con contratto a

- Tempo Determinato** in sostituzione di \_\_\_\_\_  
 **Supplente Annuale al 30 giugno**  
 **Supplente Annuale al 31 agosto**

**CHIEDE di assentarsi per:**

<input type="checkbox"/>	<b>Ferie</b> a.s. _____ / _____ residue/di competenza	dal _____ al _____ gg _____
	<b>Ferie</b> a.s. _____ / _____ residue/di competenza	dal _____ al _____ gg _____
	<b>Ferie</b> a.s. _____ / _____ residue/di competenza	dal _____ al _____ gg _____
	<b>Ferie</b> a.s. _____ / _____ residue/di competenza	dal _____ al _____ gg _____
	<b>Ferie</b> a.s. _____ / _____ residue/di competenza	dal _____ al _____ gg _____
<input type="checkbox"/>	<b>Festività Soppresse</b>	dal _____ al _____ gg _____ dal _____ al _____ gg _____ dal _____ al _____ gg _____ dal _____ al _____ gg _____
<input type="checkbox"/>	<b>Santo Patrono</b>	il _____ g_1
<input type="checkbox"/>	<b>Permesso retribuito</b>	dal _____ al _____ gg _____
	o permesso retribuito per diritto allo studio (150 ore)	dal _____ al _____ gg _____
	o permesso per donazione sangue	dal _____ al _____ gg _____
	o lutto	dal _____ al _____ gg _____
	o permesso per matrimonio	Motivazione dei motivi personali/familiari
	o permesso L.104/92	_____
	o altro _____	_____
<input type="checkbox"/>	<b>Permesso non retribuito</b>	dal _____ al _____ gg _____
	o concorsi	dal _____ al _____ gg _____
	o esami	Motivazione dei motivi personali/familiari
	o motivi personali/familiari	_____
	o altro _____	_____
<input type="checkbox"/>	<b>Malattia</b> si allega:	dal _____ al _____ gg _____
	o certificato medico	in caso di assenze prolungate e continuative
	o certificazione ricovero ospedaliero	- le eventuali riduzioni saranno conteggiate
	o altro _____	al rientro in servizio.
<input type="checkbox"/>	<b>Assenza per gravi patologie</b>	dal _____ al _____ gg _____
<input type="checkbox"/>	<b>Altro caso previsto dalla normativa vigente:</b>	dal _____ al _____ gg _____
	_____	

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

recapito tel. \_\_\_\_\_

SI ALLEGA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Con Osservanza

Vista la domanda,  si concede  non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE

Dott.ssa Roberta Teresa SUBRIZI

OGGETTO: Richiesta di permesso breve ai sensi dell'art. 16 C.C.N.L. 24.7.03 – Personale docente e ATA

Massimo: 36 ore annue per personale ATA  
24 ore annue per docenti scuola primaria, 25 ore annue per docenti di scuola infanzia  
18 ore annue per docenti scuola secondaria primo grado  
( in ogni giornata non più della metà dell' orario giornaliero )

Modalità di recupero: o attingendo dal monte ore già effettuato o recuperando entro i 2 mesi successivi , o con trattenuta sullo stipendio

\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
qualifica \_\_\_\_\_ (ATA, DOCENTE SCUOLA SECONDARIA I  
GRADO/ PRIMARIA/INFANZIA/) a tempo determinato/indeterminato  
chiede di usufruire:

1) **PERSONALE ATA**

- a) di n. \_\_\_\_\_ ore di recupero lavoro straordinario per i \_\_\_\_\_ giorn \_\_\_\_\_  
b) di n. \_\_\_\_\_ ore di recupero lavoro straordinario per i \_\_\_\_\_ giorn \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
di n. \_\_\_\_\_ ore di recupero lavoro straordinario per i \_\_\_\_\_ giorn \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
di n. \_\_\_\_\_ ore di recupero lavoro straordinario per i \_\_\_\_\_ giorn \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
di n. \_\_\_\_\_ ore di recupero lavoro straordinario per i \_\_\_\_\_ giorn \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
di n. \_\_\_\_\_ ore di recupero lavoro straordinario per i \_\_\_\_\_ giorn \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
c) di n. \_\_\_\_\_ ore di permesso per il giorno \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

- attingendo dal monte ore già effettuato  
 recuperando entro 2 mesi successivi concordandone le modalità

Visto del DSGA

DOPO LA FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO CONSEGNARE ALL' UFFICIO PERSONALE

2) **PERSONALE DOCENTE**

di n. \_\_\_\_\_ ore di permesso per il giorno \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
Dichiara che in tali ore la classe verrà affidata a \_\_\_\_\_  
e che intende recuperare le suddette ore il giorno \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Ivrea \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

VISTO SI AUTORIZZA:  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE  
dott. Roberta Teresa SUBRIZI