



Al Dirigente Scolastico
C.P.I.A.
PAVIA

Oggetto: Richiesta di astensione dal lavoro

Il/La sottoscritto/a _____

ATA **DOCENTE** *(barrare la casella corrispondente)*

in servizio presso questo Istituto nel corrente anno scolastico con incarico a tempo:

DETERMINATO **INDETERMINATO**

chiede alla S.V. di poter usufruire del periodo:

dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____ per complessivi n. _____ giorni di:

Ferie relative al corrente a.s. **Festività** previste dalla legge - art. 20 CCNL 4/08/95, L. 937/77
 maturate e non god. nel prec. a.s.

Permesso retribuito per (*)
 partecipazione a concorso/esame
 lutto familiare (retr. anche pers. TD)
 diritto allo studio (*) (retr. anche pers. TD)
 motivi personali/familiari
 matrimonio (retr. anche pers. TD)
 attività di formazione e aggiornamento (art. 64 del CCNL 29/11/2007)
 partecipazione a convegno/congresso (solo pers. T.I.) (art. 453, c. 1, D.Lvo 16/04/94 n. 297)
 Permesso non retribuito per (*) *(solo personale tempo determinato)*
 partecipazione a concorso/esami
 motivi personali/familiari

Malattia ()** **Malattia - gravi patologie (***)**
 Visita specialistica (*) **Infortunio:** causato da terzi..... SI ... NO

Aspettativa per motivi di famiglia/studio (*)

Permesso breve dalle ore _____ alle ore _____ per il giorno _____ (tot. Ore _____ nella giornata)

Legge 21/03/90 n. 53 (operazioni relative alle elezioni amministrative) (**)**

Maternità (*)** Astensione Congedo _____

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

Permesso sindacale (*) _____

Altro caso (*) previsto dalla normativa vigente: _____

Il sottoscritto dipendente dichiara pertanto di essere a disposizione dell'Istituto a partire dal _____
recapiti per eventuali contatti: cell./tel. _____ mail _____

(data) _____

(firma) _____

(*) allegare documentazione giustificativa; (**) allegare certificazione medica e eventuali giustificiche assenza in orari di visita fiscale; (***) allegare certificazione medica; (****) allegare copia nomina e, al rientro, attestato di partecipazione.

VISTO IL REFERENTE DI PLESSO: _____

PER IL PERSONALE ATA: VISTO IL D.S.G.A. ADA GIUSEPPINA ARCORACE

SI concede NON si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Ing. Daniele Stefano Bonomi