

Oggetto: **RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO - PERSONALE DOCENTE ED ATA.**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ docente/personale ATA con contratto a tempo indeterminato/determinato, in servizio presso codesto Istituto sede: _____ per l'insegnamento/profilo professionale di _____ **chiede** alla S.V. di poter usufruire per il periodo: dal _____ al _____ di complessivi n. ____ giorni di:

- ferie**
 - recupero festività previste dalla legge 23/12/77 n.937 (dal _____ al _____ gg. ____)**
 - riposo compensativo ore eccedenti l'orario d'obbligo (gg. ____ dal _____ al _____)**
 - permesso retribuito per (*)**
 - esonero dal servizio per la partecipazione a corsi di aggiornamento /formazione**
 - congedi parentali ai sensi della legge n.53 dell'8/03/2000**
 - malattia (**)**
 - malattia: visita specialistica/esami diagnostici (**)**
 - gravi patologie richiedenti terapie temporaneamente e/o parzialmente invalidanti**
 - aspettativa per motivi di famiglia/lavoro/ personali/di studio**
- { *relative al corrente a. s.*
 maturate e non godute nel precedente a. s.
- { *partecipazione a concorso/esame*
 lutto familiare
 motivi personali/familiari
 matrimonio
 ai sensi della legge 5/02/92 n.104 ()*
 altro previsto dalla normativa vigente ()*

- { *interdizione per gravi complicanze della gestazione (**)*
 *astensione obbligatoria (**)*
gestazione/puerperio
 congedo parentale art.32 D.Lgs 151/2001 ex L. n.1204/71
 *astensione per malattia del figlio: _____ nato il _____ (***)*

Allega alla presente/ si riserva di allegare: _____

Potenza, _____

_____ (firma)

Il/la sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

_____ (località, via, n.ro civico e n./ro di telefono)

Per il personale ATA

Visto: si esprime parere favorevole/negativo per il seguente motivo: _____

IL DIRETTORE S.G.A.
Carlo DISTEFANO

VISTO: SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Lucia GIROLAMO

(*) *allegare documentazione giustificativa/autocertificazione*

(**) *allegare certificazione medica*

(***) *allegare certificazione rilasciata da medico specialista del S.S.N. o con esso convenzionato*