Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo n° 5 Bologna

Oggetto: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO

Il/la sottoscritto/a _____
in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____
con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)
chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal _____ al _____ di complessivi giorni _____ di:

☐ ferie
- ☐ relative al corrente A. S.
- ☐ maturate e non godute nel precedente A.S.

☐ festività soppresse *(previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)*

☐ permesso retribuito *(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)* (*)
- ☐ concorsi/esami - ☐ motivi personali/familiari - ☐ lutto - ☐ matrimonio - ☐ altro

☐ permesso non retribuito (*)

☐ maternità
- ☐ interdizione per gravi complicanze della gestazione (**)
- ☐ congedo per maternità pre-partum
- ☐ congedo per maternità post-partum
- ☐ astensione facoltativa post-partum *(L. 53/2000, art. 3, comma 2, punto 1)* (**) *(Sostituisce art.7, comma 2, L. 1204/71)*
- ☐ astensione per malattia del bambino *(L. 53/2000, art. 3, comma 2, punto 4)* (**) *(Sostituisce art.7, comma 2, L. 1204/71)*

☐ malattia *(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)* (**)
- ☐ visita specialistica - ☐ ricovero ospedaliero - ☐ analisi cliniche - ☐ day hospital

☐ aspettativa per motivi di: *(ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)*
- ☐ famiglia - ☐ lavoro - ☐ personali - ☐ studio/formazione

☐ congedo straordinario per eventi cause particolari *(art. 42 T.U. D.L.G.S. n.151/2001, modifica legge 53/2000)*

☐ altro _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in
_____ Via _____ n°_____ tel. _____

Bologna, _____

Con osservanza

_____

(*) allegare documentazione giustificativa
(**) allegare certificazione medica

Vista la domanda,

☐ si concede
☐ non si concede

LA DIRIGENTE SCOLATICA
Daniela Tacconi