

ASSENZE – PERMESSI – RECUPERI – FERIE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
 I.S.I.S. "G. LUZZATTO"
 VIA G. GALILEI, 5
 30026 – PORTOGRUARO (VE)

Il/La sottoscritto/a.....

in servizio presso questo Istituto in qualità di:

<input type="checkbox"/> Insegnante laureato <input type="checkbox"/> Insegnante diplomato <input type="checkbox"/> Insegnante di religione <input type="checkbox"/> D.S.G.A. <input type="checkbox"/> Assistente amministrativo <input type="checkbox"/> Assistente tecnico <input type="checkbox"/> Collaboratore scolastico	<input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Determinato (fino al 31 agosto) <input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Determinato (fino al termine delle attività didattiche) <input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Determinato (fino al termine delle lezioni) <input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Determinato (supplenze brevi)
--	---

- **COMUNICA** alla S.V. l'assenza per malattia dal/...../..... al...../...../....., per giorni.....
 (completare le notizie sul retro della pagina)

- **CHIEDE** alla S.V. di essere collocato/a dal...../...../..... al...../...../....., per giorni..... in

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> permesso per matrimonio (gg. 15) | <input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro |
| <input type="checkbox"/> permesso per esami/concorsi (gg. 8 per a. sc.) | <input type="checkbox"/> aspettativa per famiglia |
| <input type="checkbox"/> permesso per lutto (gg. 3 per evento) | <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria pre/post-partum |
| <input type="checkbox"/> permesso per motivi famigliari (gg. 3 per a.sc) | <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (legge 1204/71) |
| <input type="checkbox"/> ferie permesso | <input type="checkbox"/> recupero festività soppresse |
| <input type="checkbox"/> congedo straordinario per dottorato di ricerca | <input type="checkbox"/> ferie anno..... |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare) | <input type="checkbox"/> recupero lavoro straordinario |
| <input type="checkbox"/> | |

Allega alla presente:.....

Portogruaro,.....

firma.....

VISTI gli artt. 13,14,15,16,17,18,19,20 del C.C.N.L. – Scuola del 29/11/2007

Trattamento economico		
<input type="checkbox"/> Retribuzione intera <input type="checkbox"/> Retribuzione: ridotta al 90% <input type="checkbox"/> Retribuzione: ridotta al 50%	<input type="checkbox"/> Retribuzione : ridotta al 30% <input type="checkbox"/> Retribuzione senza assegni	
RITENUTA accertata la malattia del dipendente, come da unita attestazione	VISTO: è concesso	VISTO: non è concesso
IL DIRIGENTE SCOLASTICO Prof.ssa Michela BORIN	IL DIRIGENTE SCOLASTICO Prof.ssa Michela BORIN	IL DIRIGENTE SCOLASTICO Prof.ssa Michela BORIN

Si fa presente che l'assenza per **malattia** deve essere comunicata non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui si verifica e che la certificazione medica, con l'indicazione della sola **prognosi**, va recapitata o spedita entro i due giorni successivi all'inizio della malattia.
E' disposta da parte dell'Amministrazione la **visita fiscale**.

Durante l'assenza il/la sottoscritto/a sarà reperibile

- al proprio domicilio (scrivere l'esatto cognome e nome riportato nel campanello esterno all'abitazione)
.....
 - al seguente indirizzo (scrivere l'esatto cognome e nome riportato nel campanello esterno all'abitazione)
.....
 - nelle fasce orario dalle 10.00 alle 12.00 e dalle 17.00 alle 19.00
-