

ASSUNTO CON PROT. N° .....

DEL .....

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Statale Istruzione Superiore  
"R. Del Rosso - G. Da Verrazzano"  
Porto S. Stefano (GR)

Il/la sottoscritto/a.....

in servizio presso codesto Istituto in qualità di ..... sede .....

**CHIEDE / COMUNICA**

alla S.V. di assentarsi per gg..... dal ..... al ..... per:

**salute** (art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)

malattia

ricovero ospedaliero / day hospital

visita specialistica

analisi cliniche

A tal fine dichiara che la struttura sanitaria pubblica/privata non ha potuto organizzare l'effettuazione di esami diagnostici / visite specialistiche / fisioterapiche al di fuori del proprio orario di servizio scolastico.

L'appuntamento è stato fissato alle ore.....presso .....  
*Indicare la struttura sanitaria pubblica o privata*

**permesso retribuito** (art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)

**permesso non retribuito** (art. 19 del C.C.N.L. 2006/2009)

concorsi/esami -  motivi personali/familiari -  lutto -  matrimonio

altro caso previsto dalla normativa vigente .....

A tal fine **DICHIARA** (dichiarazione sostitutiva di certificazione D.P.R. 445 DEL 28/12/2000)

.....  
.....

**congedo straordinario acc.re/port. handicap:** (art. 80 Legge N.338 del 23/12/2000)

**aspettativa per motivi di:** (art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)

famiglia -  lavoro -  personali -  studio

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

**infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio** (art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)

**SI ALLEGA**.....

**PER IL PERSONALE A.T.A.**

**ferie** (art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)  **a.s. precedente** -  **a.s. corrente**

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

**recupero**

**permesso breve:**dalle ore ..... alle ore ..... per ..... minuti/ore del giorno .....

Porto S. Stefano li,.....

**FIRMA**

-----

VISTO SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Enzo Sbrolli

IL FIDUCIARIO DI PLESSO

.....

.....