



Ministero dell'Istruzione
Istituto Superiore di Istruzione Secondaria
 Liceo Scientifico Statale "Leonardo da Vinci"
 Liceo Classico Statale "Giovanni Pascoli"
 Liceo delle Scienze Umane opz. Economico Sociale

Gallarate, _____

Il/La Sottoscritto/a _____ in servizio presso questo istituto _____

CHIEDE di assentarsi dal servizio

Dal giorno: _____ al giorno: _____

Per la seguente motivazione

<ul style="list-style-type: none"> • FERIE Anno 20 _____ PERMESSO RETRIBUITO • Concorsi od esami (*) • Matrimonio (*) • Motivi personali o famigli(3 gg. all'anno art.31 CCNL 16/18 e succ.) (*) (**) • a giornata • a ore dallealle..... • Permesso per espletamento visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici. art.33 CCNL 16/18 e succ. • a giornata • a ore dalle.....alle..... • Nascita figli (*) • Lutto • Riposo per donazione sangue (*) • Ore studio sindacale (*) • funzione ai seggi elettorali (*) • dipendente portatore di handicap (*) • assistenza portatori di handicap non ricoverato a tempo pieno (*) • funzioni di amministratore locale (*) • funzioni di giudice popolare • cure inerenti lo stato di invalidità (*) • attività di protezione civile (*) 	<p>RECUPERO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERMESSO breve con recupero (dalle ore _____ alle ore _____)*** • PERMESSO con recupero ore straordinario mesi precedenti <p>ASPETTATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivi personali o di famiglia (*) (**) • Servizio di leva (*) • Richiamo alle armi (*) • Funzioni pubbliche elettive (*) • Attività in paesi di sviluppo (*) • Candidatura elettorale (*) • Dottorato di ricerca, borsa di studio (*) • Assistenza portatore di handicap (*) <p>ASSISTENZA PER MATERNITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> • Astensione facoltativa (*) • post partum per allattamento (*) (**) • malattia figlio (*) • visita medico gestante (*) • congedi parentali (*) <p>MALATTIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • assenza per malattia art. 17 comma 1 • assenza per malattia art. 17 comma 2
---	--

* Documentazione: Già presentata Allegata Segue

** Specificare di seguito le motivazioni della richiesta:

*** specificare di seguito l'orario proposto:

RECUPERO IL GIORNO _____ (minuti da recuperare n. _____)

La presente comunicazione conferma il preavviso telefonico trasmesso il giorno _____ alle ore _____ ricevuto dal sig. _____

EVENTUALE RECAPITO DURANTE LE FERIE _____

Il/La Dipendente _____



Viale dei Tigli 38 - 21013 GALLARATE (VA)
 tel.0331-793727 - fax 0331-774705
 e-mail: vaio01009@pec.istruzione.it
 http://www.liceogallarate.gov.it
 Codice fiscale e Partita I.V.A.: 82007760125
 Ambito Territoriale n. 0085

