

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
"DI POPPA – ROZZI" DI TERAMO

OGGETTO: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO

__l__ sottoscritt _____ in qualità di _____

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo _____

chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di :

FERIE { ferie relative al corrente A.S. 200__/201__ (per i docenti da godere nei periodi di sospensione delle attività didattiche);
 ferie durante l'a.s. (max 6 gg. solo per i docenti con sostituzione di colleghi);

FESTIVITÀ sopresse previste dalla Legge 23 dicembre 1977 n. 937 (max 4 gg. per i docenti da godere nei periodi di sospensione delle attività didattiche);

MALATTIA ()** personale a Tempo Indeterminato (max 18 mesi nel triennio precedente; retribuzione: 9 mesi per intero, 3 mesi al 90%, 6 mesi al 50%); (ulteriore periodo max 18 mesi in casi particolari gravi senza retribuzione),(in caso di gravi patologie sono esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia, spetta l'intera retribuzione);
personale a Tempo Determinato (max 9 mesi, retribuzione: 1 mese al 100%, secondo e terzo mese 50%, restante periodo nessuna retribuzione); Personale Temporaneo (30 giorni al 50%).
 visita specialistica
 ricovero ospedaliero

PERMESSO RETRIBUITO (*) { partecipazione a concorso/esame (max 8 gg. complessivi)
 lutto familiare (max 3 gg. per evento perdita del coniuge, parenti entro il 2° grado e affini di 1° grado)
 motivi personali/familiari (max 3 gg. + 6 gg. di ferie sopra indicati, senza vincolo di sostituzione, ma con documentazione o autocertificazione)
 matrimonio (max 15 gg.)
 partecipazione ad iniziative di aggiornamento organizzate dall'amministrazione (max 5 gg.)
 per i casi previsti dalla L. 104/92 (max 3 gg. mensili)

ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA/STUDIO E RICERCA SENZA RETRIBUZIONE (*)

ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE (*) _____

__l__ sottoscritt _____ dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

_____ (località, via o piazza, n.ro civico e n.ro di telefono)
Teramo, _____ Con osservanza

_____ firma del dipendente

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

IL DIRIGENTE SCOLASTICO