***Al Dirigente Scolastico***
***dell' I.I.S.S. "M.Perrone"***
***Castellaneta - TA***

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso codesta Scuola in qualità di _____

☐ C.T.I. (ruolo) ☐ C.T.D. (supplenza annuale 30/06- 31/08) ☐ C.T.D. (supplenza breve)

**CHIEDE**

alla S.V. di assentarsi per gg. _____dal _____al _____

per il motivo sotto indicato:

- ☐ Permesso retribuito ferie documentate (max. 6 gg. oltre ai 3 gg.)
- ☐ Permesso retribuito/non retribuito per concorsi-esami (max. 8 giorni compreso i viaggi) (allegare certificato)
- ☐ Permesso per lutto (max. 3 gg. per evento)
- ☐ Permesso retribuito per matrimonio (max. 15 gg.)
- ☐ Permesso retribuito per ore di studio (allegare certificazioni)
- ☐ Permesso per donazione del sangue (allegare certificato)
- ☐ Permesso sindacale (allegare certificato)
- ☐ Permesso per amministratori enti locali (allegare certificato)
- ☐ Corsi di aggiornamento (max. 5 giorni all'anno) (allegare attestati)
- ☐ Permesso in qualità di portatore di handicap o per assistenza a portatore di handicap
- ☐ Permesso retribuito /non retribuito per motivi familiari o personali (max. 3 gg. all'anno)
- ☐ Permessi orari per visite/terapie o esami diagnostici – A.T.A. *dalle ore* _____ *alle ore*_____
- ☐ Permesso breve – A.T.A *dalle ore* _____ *alle ore*_____
- ☐ Ferie – Personale A.T.A. anno scolastico precedente ☐ Ferie – Personale A.T.A.
- ☐ Recupero ore di straordinario – Personale A.T.A.
- ☐ Assenza per malattia (allegare certificato medico ed eventuale cambio di indirizzo di reperibilità)
- ☐ Assenza per visita medica, prestazione specialistica, analisi cliniche (allegare certificato)
- ☐ Ricovero ospedaliero / day hospital (allegato A)
- ☐ Gravidanza e puerperio (la certificazione sarà richiesta dall'Ufficio). Nell'interdizione per gravi complicanze alla gestazione (allegare copia dell'istanza consegnata all' ASL)
- ☐ Congedo parentale: ☐ 0-12 anni
  ☐ malattia del bambino fino a 3 anni (allegare certificato)
- ☐ Aspettativa: ☐ famiglia ☐ lavoro ☐ personali ☐ studio (la certificazione sarà richiesta dall'Ufficio)
- ☐ Gravi patologie (allegare certificato)
- ☐ Permesso orario (non più del 50% dell'orario di giornata)
  per ore _____, dalle ore _____ alle ore _____il _____

- ☐ Altro _____

☐

Data _____ Firma _____

☐ Assenza rilevata per mezzo FONOGRAMMA

Annotazioni del Dirigente Scolastico

☐ *Si autorizza* ☐ *Non si autorizza*

*Il Dirigente Scolastico*
*(Vita Maria Surico )*