

Oggetto: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 in servizio presso questo Ist. nel corrente a.s. sede \_\_\_\_\_ con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
 chiede/comunica alla S.V. di poter usufruire: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ☐ giorni - ☐ ore  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ☐ giorni - ☐ ore

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> malattia n. protocollo _____   | <input type="checkbox"/> per visita medica<br><input type="checkbox"/> per ricovero ospedaliero  |
| <input type="checkbox"/> ferie  | <input type="checkbox"/> relative al corrente anno scolastico <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente anno scolastico<br><input type="checkbox"/> per motivi familiari/personali <sup>2</sup>  |
| <input type="checkbox"/> recupero ore   | Dalle ore _____ alle ore _____   |
| <input type="checkbox"/> festività previste dalla Legge 23 dicembre 1997, n. 937  |  |
| <input type="checkbox"/> permesso breve (da recuperare)   | Dalle ore _____ alle ore _____   |
| <input type="checkbox"/> retribuito<br><input type="checkbox"/> permesso <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> non retribuito  | <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame<br><input type="checkbox"/> formazione e aggiornamento (convegni/seminari)<br><input type="checkbox"/> lutto familiare<br><input type="checkbox"/> motivi familiari/personali<br><input type="checkbox"/> donazione sangue<br><input type="checkbox"/> matrimonio<br><input type="checkbox"/> adempimento funzioni agli Uffici Elettorali (art. 119 D.P.R. 30.03.57 n.361)<br><input type="checkbox"/> riposo compensativo per funzioni Uffici Elettorali                                   |
| <input type="checkbox"/> maternità  | <input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> astensione obbligatoria <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> congedo parentale (art. 32 D.Lgs. 151 del 26/03/2001 e succ. integr. è vv.) <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 1-6 anni<br><input type="checkbox"/> congedo parentale per malattia del bimbo (art. 47 D.Lgs. 151 del 26/03/2001) <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 6-12 anni<br><input type="checkbox"/> 1-3 anni<br><input type="checkbox"/> 3-8 anni |
| <input type="checkbox"/> Permesso giornaliero Legge 104/92 (art. 32 del CCNL/2018)  | <input type="checkbox"/> giornaliero (docenti ed ATA)  |
| <input type="checkbox"/> Permesso orario Legge 104/92 (art. 32 del CCNL/2018)<br>dalle ore _____ alle ore _____ n. ore _____<br>dalle ore _____ alle ore _____ n. ore _____ | <input type="checkbox"/> orario (docenti ed ATA - solo per fruizione personale)<br><input type="checkbox"/> orario (solo ATA anche per assistenza disabili)  |
| <input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio <sup>2</sup>   |  |
| <input type="checkbox"/> malattia per infortunio sul lavoro o causata da terzi <sup>4</sup>   |  |
| <input type="checkbox"/> altri casi previsti dalla normativa vigente <sup>2</sup>   |  |

Reggio Emilia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

La presente è pervenuta in data \_\_\_\_\_ n. di Prot. \_\_\_\_\_

VISTO: IL RESPONSABILE DEL PLESSO

(solo per personale A.T.A.)

☐ FAVOREVOLE

PARERE:

☐ NON FAVOREVOLE

Il D.S.G.A.

☐ SI AUTORIZZA

VISTO:

☐ NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico

