



- CALENDARIO
 ARGO
 SIDI
 CONVALIDA

MODULO ASSENZE PERSONALE

AL D.S. ISSS "DON L. MILANI" – TRADATE
AL D.S.G.A. ISSS "DON L. MILANI" – TRADATE

Io sottoscritto/a _____

Qualifica: DOCENTE A.T.A.

in servizio presso codesto Istituto nel corrente anno scolastico con contratto a tempo determinato indeterminato

COMUNICO / CHIEDO DI POTER USUFRUIRE DI:

<p>PERMESSO PER</p> <p><input type="checkbox"/> motivi familiari/personali (<i>solo tempo indeterminato</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> legge 104/1992</p> <p><input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame</p> <p><input type="checkbox"/> lutto familiare</p> <p><input type="checkbox"/> congedo matrimoniale</p> <p><input type="checkbox"/> (altro) _____</p>	<p>dal giorno _____ al giorno _____</p>
<p><input type="checkbox"/> diritto allo studio</p>	<p>il giorno _____ per n. _____ ore dalle ore _____ alle ore _____ (totale ore di servizio _____)</p>
<p><input type="checkbox"/> FERIE ANNO CORRENTE dal giorno _____ al giorno _____</p>	<p><input type="checkbox"/> FERIE ANNO PRECEDENTE (<i>se a disposizione</i>) dal giorno _____ al giorno _____</p>
<p><input type="checkbox"/> FESTIVITÀ SOPRESSE dal giorno _____ al giorno _____</p>	<p><input type="checkbox"/> RECUPERO N. _____ ORE dal giorno _____ al giorno _____</p>
<p><input type="checkbox"/> PERMESSO BREVE PER N. _____ ORE (<i>da recuperare</i>)</p>	<p>il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____</p>
<p><input type="checkbox"/> CONTROLLI PRENATALI</p> <p><input type="checkbox"/> INTERDIZ. GRAVI COMPILICANZE DELLA GESTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER GRAVIDANZA</p> <p><input type="checkbox"/> ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER PUERPERIO</p> <p><input type="checkbox"/> INDENNITÀ DI MATERNITÀ FUORI NOMINA</p>	<p>dal giorno _____ al giorno _____</p>
<p><input type="checkbox"/> PERMESSO PER ALLATTAMENTO PER N. _____ ORE/gg.</p> <p><input type="checkbox"/> CONGEDO MALATTIA FIGLIO (0-3 anni) 100 %</p> <p><input type="checkbox"/> CONG. PARENTALE D.LGS. 105/2022 (0-12 anni) _____ %</p>	<p>dal giorno _____ al giorno _____</p>
<p><input type="checkbox"/> MALATTIA (<input type="checkbox"/> <i>INFORTUNIO</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> DAY HOSPITAL</p> <p><input type="checkbox"/> RICOVERO OSPEDALIERO</p> <p><input type="checkbox"/> MALATTIA POST-RICOVERO OSPEDALIERO</p>	<p>dal giorno _____ al giorno _____</p>
<p><input type="checkbox"/> VISITA SPECIALISTICA GIORNALIERA</p> <p><input type="checkbox"/> VISITA SPECIALISTICA ORARIA (<i>solo personale A.T.A.</i>)</p>	<p>dal giorno _____ al giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____</p>
<p><i>(i permessi giornalieri per visita specialistica sono soggetti a decurtazione secondo il "Decreto Brunetta")</i> <i>(i permessi orari per visita specialistica sono contemplati solo per il personale A.T.A.; i docenti devono chiedere un "permesso breve")</i></p>	
<p><input type="checkbox"/> ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA/STUDIO (<i>corredata da apposita documentazione</i>)</p>	<p>dal _____ al _____</p>

Tradate ____ / ____ / _____

_____ *firma del dipendente*

N.B: PER OGNI ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE RIVOLGERSI ALLA SEGRETERIA

VISTO: **SI CONCEDE** **NON SI CONCEDE**

IL DIRETTORE S.G.A.
(Ass.Amm.va Ferretto Monica)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott. Vincenzo Mita)