|  |
| --- |
| Richiesta astensione dal lavoro ai sensi degli artt. 12,13,14,15,16,17,18,19 CCNL 2003 |

 Al Dirigente Scolastico

##  dell’ ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO AMELIA

 Il sottoscritto……………………………………………………..……… in servizio presso questo Istituto nel corrente a.s. con incarico a tempo ………………………………….., **chiede** alla S.V. di poter usufruire per il periodo: dal ………………….. al ………………………

di complessivi n. …………giorni di :

**PERMESSO**

**per**

* **PARTECIPAZIONE AL SEGUENTE CONCORSO/ESAME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **LUTTO PER IL DECESSO DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_GRADO DI PARENTELA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **PER I SEGUENTI MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **PER MATRIMONIO AVVENUTO/CHE AVVERRÀ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **ASTENSIONE OBBLIGATORIA MATERNITÀ (data presunta del parto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**
* **GRAVI COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA (allegare copia della documentazione inviata all’ASL)**
* **MALATTIA**
* **Congedo parentale per il figlio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**per il seguente motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **ASSISTENZA AL FAMILIARE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ (L. 104)**
* **ALTRO CASO PREVISTO DALLA LEGGE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Amelia, ……………………………….

 Firma ……………………………………………..

|  |
| --- |
| Si concedeIl Dirigente Scolastico*Dott.ssa Tiziana Lorenzoni*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **RISERVATO ALLA SEGRETERIA**IL DSGAManlio BERTOLDI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOTE: |