

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio c/o _____
in qualità di _____ a T.D. – T.I.

chiede N° _____ giorni dal _____ al _____ di:

MALATTIA

Visita Specialistica

Comunica che durante l'assenza la propria dimora sarà in _____

Si riserva di allegare certificato medico Allega Certificato medico.

Infortunio

Aspettativa per famiglia o studio

PERMESSO :

per matrimonio (max 15 gg.)

per concorsi ed esami (pers. T.I. gg.8 - pers. T.D. gg. 6) diritto allo studio "150" ore

per motivi personali e familiari (max 3 gg.)

per donazione sangue (L. 107 art. 13)

per obblighi civili e legali - elettorali

per permesso sindacale

per lutto (max 3 gg. per evento: coniuge o convivente, parenti entro il 2° grado, affini 1° grado)

per partecipazione ad iniziative di aggiornamento riconosciute dall'amministrazione

per L. 104/92 (per il personale in situazione di handicap o familiare)

MATERNITA'

interdizione anticipata dal lavoro per gravi complicanze della gestazione e allega :

copia certif.medico di gravidanza copia istanza prodotta all'Ispe. Del Lavoro con ricevuta

esami, visite specialistiche o accertamenti clinici **prenatali** in orario di servizio (D.Lgs. 645/96)

astensione obbligatoria per maternità, affidamento o adozione (L. 1204/71-L. 903/77-L. 53/00)

astensione facoltativa per maternità, con preavviso di almeno 15 gg.

(cognome e nome _____, data di nascita _____ del ___ figli___)

entro il 3° anno di età (retrib.: al 100% per 30 gg., restanti al 30%)

dopo il 3° anno ed entro l'8° anno di età (non retrib. se il reddito è sup. a 2,5 volte l'imp.trattam.min. pens. INPS)

allattamento con allegato:

certif. nascita figlio/a dich. del coniuge di rinuncia per lo stesso periodo

dich. che il coniuge è/non è lavoratore dipendente

malattia del ___ figli___, fruibile in alternativa al coniuge e da documentare (art.7.4)

entro il 3° anno di età (retrib.: al 100% per 30 gg., restante periodo non retribuito)

dopo il 3° anno ed entro l'8° anno di età (non retribuito - max 5 gg. all'anno)

Alliegare : dichiarazione del coniuge di non fruizione di astensione facoltativa o malattia figlio nello stesso periodo.
dichiarazione di entrambe i genitori dei periodi già fruiti

FERIE

durante l'anno scolastico (max gg.6 per i docenti)

durante il periodo estivo

festività soppresse (max 4 giorni)

recuperi _____

Camponogara, _____

Firma _____

Visto : si concede

non si concede

IL D.S.G.A.
Norina Maniero

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Lia Bonapersona

Il/La Sottoscritto/a, in qualità di Dipendente dell'Istituto Scolastico, ha già ricevuto informativa completa ai sensi dell'art.13 del DLgs n. 196/2003 "Codice in materia di trattamento dei dati" sulle finalità e modalità di trattamento dei dati ed ha già espresso il consenso al trattamento dei dati presso l'Istituto Scolastico. I dati personali e le informazioni contenuti nella presente verranno trattati esclusivamente nell'ambito e per le finalità connesse all'adempimento istituzionale relativo all'istruzione (come comunicato agli interessati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 già consegnata e per le quali è già stato espresso il consenso al trattamento medesimo), nel rispetto delle misure minime di sicurezza ai sensi del Disciplinare Tecnico, allegato B del DLgs n. 196/03.

Data _____

Firma _____

