



COMUNIC. TELEFONICA
DEL _____

Istituto Istruzione Superiore "R. Casimiri"
Gualdo Tadino

PROT N. _____
DEL _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "R. CASIMIRI"
GUALDO TADINO

Il sottoscritt _____

A.T.A. a tempo indeterminato in servizio in qualità di _____

A.T.A. a tempo determinato fino al _____ in servizio in qualità di _____

CHIEDE

N. _____ gg. dal _____ al _____ di :

CONGEDO per **TERAPIA INVALIDANTE O RICOVERO** per gravi patologie (esclusi dal calcolo del congedo per malattia)
MALATTIA (1)
VISITA SPECIALISTICA

ASSENZA PER INFORTUNIO IN SERVIZIO

ASSENZA PER INFORTUNIO IN ITINERE

ASPETTATIVA per motivi familiari, di lavoro, personali, di studio, ricerca (senza retribuzione)

CONGEDI PARENTALI (L.53/00)

accertamenti clinici prenatali
interdizione per complicanze della gestazione
astensione obbligatoria pre-parto 7° mese 8° mese
astensione obbligatoria post-parto
astensione facoltativa
congedo per malattia del figlio inferiore ai 3 anni fra i 3 e gli 8 anni
grave infermità o lutto per coniuge, convivente o parente entro il 3° grado di parentela (3 gg. l'anno comprensivi dei 3 gg. per lutto)

LEGGE 104/92 (max 3gg. al mese retribuiti)

**PERMESSO
RETRIBUITO**

matrimonio (15 gg.)
concorsi ed esami (8 gg. solo al personale di ruolo)
per lutto (parenti entro il 2° grado di parentela solo al personale di ruolo 3 gg per evento non cumulabili con i giorni previsti dalla L.53/00)
particolari motivi personali e familiari da documentare o autocertificare (max 3 gg. solo al personale di ruolo - 6 gg. non retribuiti al personale a tempo determinato)

ALTRI PERMESSI

TESTIMONIANZA IN PROCESSO civile o penale
MANDATO AMMINISTRATIVO _____
DIRITTO ALLO STUDIO (150 ore)
PERMESSO SINDACALE per _____

**FUNZIONI ELETTORALI
VOLONTARIATO** _____
FORMAZIONE
DONAZIONE SANGUE (art.1 L.584/67)

FESTIVITÀ SOPPRESSE (4 gg.)

FERIE relative all'a.s. _____ / _____

FERIE ANNO PRECEDENTE (da fruire non oltre il 30/04)

RIPOSO COMPENSATIVO per n. gg. _____

Alla data odierna il/la sottoscritto/a ha già fruito di n. gg. _____ di _____

Si allega _____

Durante l'assenza il proprio recapito sarà il seguente: Via _____ cap. _____ loc. _____ tel. _____

Data, _____

_____ (firma)

VISTO

**SI CONCEDE
NON SI CONCEDE**

IL DIRETTORE DEI SERVIZI
GENERALI ED AMMINISTRATIVI
(Sig.ra M. Grazia Antonini)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Francesca Cencetti)

(1)

personale a tempo indeterminato	supplente fino al 31/08 o 30/06	supplente temporaneo	Personale a tempo indeterminato e determinato
9 mesi al 100%	1 mese al 100%	1 mese al 50%	Terapie invalidanti o ricoveri salva vita per gravi patologie sono escluse dal calcolo del periodo massimo di cons. del posto e sono retribuite al 100%
3 mesi al 90%	2 mesi al 50%		
6 mesi al 50%	6 mesi senza retribuzione		
18 mesi senza retribuzione			