

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Cognome e nome \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo \_\_\_\_\_ chiede

alla S.V. di poter usufruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_ di:

- ferie
  - relative al corrente a.s. 2015/16
  - maturate e non godute nel precedente a.s. 2014/2015
- festività previste dalla Legge 23 dicembre 1977, n. 937 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- permesso retribuito per \*
  - partecipazione a concorso/esame - art. 15 CCNL (gg.8 complessivi per a.s., ivi compresi quelli per il viaggio)
  - lutto familiare – art. 15 CCNL (gg. 3 per evento.)
  - motivo personali/familiari – art. 15 CCNL (gg. 3 per a.s.)
  - matrimonio – art. 15 CCNL (gg. 15)
- malattia - art. 17 CCNL Comparto Scuola \*\*
- malattia dovuta a visite mediche, prestazioni specialistiche ed accertamenti diagnostici (non effettuabili al di fuori dell'orario di servizio - art. 17 CCNL Comparto Scuola) \*\*
- aspettativa per motivi di famiglia/studio – art. 18 CCNL \*
- congedi parentali – art. 12 CCNL (ai sensi D.L.gs. 151/2001) \_\_\_\_\_
- Legge 104  personale  familiare
- congedi per eventi e cause particolari (art. 4, Legge 53/2000), congedi per la formazione (art. 5 Legge 53/2000) \_\_\_\_\_ (\*)
- altro caso previsto dalla normativa vigente (\*) \_\_\_\_\_ (art. 15 comma 7 es. donazione sangue, recupero servizio elettorale)

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_  
(località, via o piazza, n.ro civico e n.ro telefono)

Con osservanza.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
firma del dipendente

\* allegare documentazione giustificativa

\*\* la certificazione giustificativa deve essere recapita/spedita entro i 5 giorni successivi all'inizio della malattia o all'eventuale prosecuzione della stessa

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA SCOLASTICA**

La presente è pervenuta in data \_\_\_\_\_ a mezzo \_\_\_\_\_

Il dipendente ha già usufruito di complessivi n. \_\_\_\_\_ giorni di \_\_\_\_\_

Nel corso del  corrente A.S.  precedente A.S.  triennio

documentazione giustificativa allegata \_\_\_\_\_

certificazione medica allegata: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass.te amm.vo addetto al controllo

VISTO \_\_\_\_\_  
Il D.S.G.A. - Il Collaboratore D.S.

**ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
prof. Giovanni Valerio d'Elia

VISTO \_\_\_\_\_