

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Cognome e nome \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_  
in servizio presso questo Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo \_\_\_\_\_ chiede  
alla S.V. di poter usufruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_ di:

- ferie (art.13 CCNL)  relative al corrente a.s. 2017/2018  
 maturate e non godute nel precedente a.s. 2016/2017

Se la richiesta di ferie riguarda il personale docente ed è relativa a periodi di lezione, occorre indicare il nome del/i collega/ghi che si dichiara/no disponibile/i alla sostituzione: \_\_\_\_\_

- 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 \*\*  
 visite mediche dovute a malattia, prestazioni specialistiche ed accertamenti diagnostici \*  
 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 (\*) \_\_\_\_\_ (es. art. 15 comma 7 : donazione sangue, recupero servizio elettorale, etc.)

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 recapitata/spedita entro i 5 giorni successivi all'inizio della malattia o all'eventuale prosecuzione della stessa.

■ Indicare il numero di protocollo del certificato medico.

**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 \_\_\_\_\_