

Alla Dirigente Scolastica
I.P.S.E.O.A. "E. Cornaro"
Viale M. Luther King, 5
30016 - Jesolo Lido (Ve)

Il/la sottoscritto/a

in servizio presso questo Istituto in qualità di:

<input type="checkbox"/> D.S.G.A. <input type="checkbox"/> Assistente Amministrativo <input type="checkbox"/> Assistente Tecnico <input type="checkbox"/> Collaboratore Scolastico	<input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Determinato (fino al 31 agosto) <input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Determinato (fino al termine delle attività didattiche) <input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Determinato (fino al termine delle lezioni) <input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Determinato (supplenze brevi)
---	---

- **COMUNICA** alla S.V. l'assenza per **malattia** dal/...../..... al/...../....., per giorni

visita specialistica presso
per n. ore _____ (max 18 ore annue)

- **CHIEDE** alla S.V. di essere collocato/a dal/...../..... al/...../....., per giorni in:

permesso per matrimonio
(gg. 15 consecutivi fruibili da una settimana prima fino a due mesi successivi all'evento – per personale a T.D. entro i limiti temporali del contratto)

permesso per esami/concorsi
(gg. 8 per a.s. – per il personale a T.D. non sono retribuiti)

permesso per lutto
(gg. 3 per evento- per perdita di: coniuge, parenti entro il 2° grado, soggetto componente la famiglia anagrafica, affini di primo grado)

permesso orario per motivi personali o familiari per numero ore _____
(max 18 ore annue per anno scolastico – in caso di assenza per intera giornata il permesso è pari ad ore 6

altro : _____

Legge 104/1992 Per assistenza Sig. _____
Permesso per n. _____ ore
(max 18 ore mensili)

Legge 104/1992 Per assistenza Sig. _____

infortunio sul lavoro

gravi patologie

aspettativa per famiglia

festività soppresse

ferie anno

recupero lavoro straordinario

Allega alla presente:

Jesolo Lido,/...../..... firma

rif. normativi: C.C.N.L. del 29 novembre 2007 – art. 31 – 32 del C.C.N.L. del 09 febbraio 2018

Trattamento economico		
<input type="checkbox"/> Retribuzione: intera <input type="checkbox"/> Retribuzione: ridotta al 50%	<input type="checkbox"/> Retribuzione: ridotta al 30% <input type="checkbox"/> Retribuzione: senza assegni	
RITENUTA accertata la malattia del dipendente, come da unita attestazione LA DIRIGENTE SCOLASTICA prof.ssa Simona Da Re	VISTO: è concesso LA DIRIGENTE SCOLASTICA prof.ssa Simona Da Re	VISTO: non è concesso LA DIRIGENTE SCOLASTICA prof.ssa Simona Da Re
VISTO: IL DSGA		

Si fa presente che l'**assenza** per **malattia** deve essere comunicata non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui si verifica e che la certificazione medica, con l'indicazione della sola **prognosi**, va recapitata o spedita entro i due giorni successivi all'inizio della malattia.

E' disposta da parte dell'Amministrazione la **visita fiscale**.

Durante l'assenza il/la sottoscritto/a sarà reperibile:

- al proprio domicilio
 - al seguente indirizzo

 - nelle fasce orario dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 18.00
 - nelle seguenti fasce orarie:
dalle alle e dalle alle, per i seguenti motivi di cui si allega la seguente documentazione:
-