



Istituto Comprensivo di Castell'Alfero
Via Casale, 97 – 14033 Castell'Alfero (AT)
Tel: 0141.204172 - 0141.204284 - 0141.405261 Fax: 0141 204172
e-mail: atic80500p@istruzione.it Sito internet: www.iccastellalfero.edu.it
indirizzo p.e.c.: atic80500p@pec.istruzione.it

Il / la sottoscritto/a _____ docente

cognome e nome

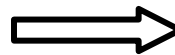
in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo indeterminato determinato

chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ dalle ore _____ alle ore _____

Ferie

- relative al corrente A.S.
 con sostituzione colleghi



1° ora Doc.	_____
2° ora Doc.	_____
3° ora Doc.	_____
4° ora Doc.	_____
5° ora Doc.	_____
6° ora Doc.	_____
7° ora Doc.	_____
8° ora Doc.	_____
9° ora Doc.	_____

recupero festività soppresse

partecipazione a concorso/esame

permesso retribuito per (*)

(art.35 del C.C.N.L. 2019-21)

- lutto familiare
 motivi personali / familiari
 matrimonio
 art.33 L.104/92 (art.68 C.C.N.L. 2019-21)
 diritto allo studio: n. ore _____
 frequenza al corso
 preparazione esame
 partecipazione esame
 formazione - aggiornamento

congedo per gravi patologie

malattia – visita medica oraria art 69 c.c.n.l. 19-21 (**)

malattia – visita medica (**)

maternità

- interdizione per gravi complicanze della gestazione (***) (art.17 comma 2D.L.151/2001)
 congedo maternità (D.L.151 del 26/03/2001 art. 12)(**)
 congedo per malattia del figlio (D.L.151 del 26/03/2001 art. 19)(**)
allegare dichiarazione del coniuge - ALLEGATO A
 congedo parentale (D.L.151 del 26/03/2001)-allegare dichiarazione del coniuge- ALLEGATO B

nome figlio/a:

data di nascita:

aspettativa per motivi di famiglia / studio (*)

permesso non retribuito per _____ (*)

altro caso previsto dalla normativa vigente: _____ (*)

In caso di richiesta art 33 L. 104 / 92 Dichiaro che il permesso è richiesto per me stesso

Dichiaro che il permesso è richiesto per assistenza al parente _____ nato il ____

Dichiaro che il familiare / affine con handicap in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno

Autodichiarazione ai sensi del D.P.R. n° 445 12/2000:

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

(località, via o piazza, n.ro civico, n.ro di telefono)

Castell'Alfero li, _____

Firma del dipendente

(*) allegare documentazione giustificativa (**)

allegare certificazione medica

Il Dirigente Scolastico
Prof. CLAUDIA GIUSEPPINA CERRATO