

Oggetto: **RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO**Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
Cognome e nome \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
qualifica \_\_\_\_\_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 \_\_\_\_\_ di complessivi n. \_\_\_\_ giorni di

<b>PERMESSO</b> Art. 15 CCNL 2006/09	retribuito non retribuito	per documentati motivi personali/familiari
		partecipazione a concorso/esame
		matrimonio
		lutto familiare

<b>CONGEDO PER MATERNITA'</b>	retribuito	Interdizione per gravi complicanze della gestazione <i>(allegare certificazione medica)</i>
		Astensione obbligatoria dal <input type="checkbox"/> 7° <input type="checkbox"/> 8° mese <i>(allegare certificazione medica)</i>
		Astensione obbligatoria a seguito del parto avvenuto il giorno _____ <i>(allegare certificazione/autocertificazione)</i>

<b>MALATTIA</b> Art. 17 CCNL 2006/09	retribuito non retribuito	per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici <i>(da giustificare mediante attestazione, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione)</i>
		Malattia certificata

<b>ASPETTATIVA</b> Art. 18 CCNL 2006/09	retribuito non retribuito	per documentati motivi familiari
		per documentati motivi personali
		per documentati motivi di lavoro
		per documentati motivi di studio

<b>Altro caso previsto dal CCNL vigente</b>	retribuito non retribuito	_____
---	------------------------------	-------

**Allega la seguente documentazione:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Luogo e data) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

firma del dipendente

**RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA GIURIDICA**  
Relativamente alla presente richiesta il dipendente, nel corso del corrente A.S., ha già usufruito di \_\_\_\_ giorni;  
Relativamente ai soli periodi di malattia, nel corso del triennio, ha usufruito di \_\_\_\_ mesi e \_\_\_\_ giorni;

\_\_\_\_\_

l'assistente amm.vo responsabile del procedimento

**ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Visto: si concede/non si concede \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_