AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I

I.C. PIAZZA FORLANINI Piazza CarloIForlanini, 8 00151 ROMA

Il/la sottoscritto/a

in servizio presso codesta Scuola in qualità di

 C.T.I. (ruolo)  C.T.D. (supplenza annuale 30/06- 31/08)  C.T.D. (supplenza breve)

**CHIEDE**

Alla S.V. di assentarsi per gg. dal al

per il motivo sotto indicato:

per ore dalle ore

alle ore il

* Aspettativa:  famiglia  lavoro  personali  studio (la certificazione sarà richiesta dall’Ufficio)
* Assenza per malattia (allegare certificato medico ed eventuale cambio di indirizzo di reperibilità)
* Assenza per visita medica, prestazione specialistica, analisi cliniche (allegare certificato)
* Congedo parentale: ⁮1-12 anni (ex facoltativa) (allegare allegato B)
	+ malattia del bambino fino a 3 anni (allegare certificato) e (allegato D)
	+ malattia del bambino 3-8 anni (allegare certificato) e (allegato D)
* Corsi di aggiornamento (max. 5 giorni all’anno) (allegare tipologia ed attestati)
* Gravidanza e puerperio (legge 1204/71 e successive modifiche ed integrazioni) (la certificazione sarà richiesta dall’Ufficio). Nell’interdizione per gravi complicanze alla gestazione (inviare copia della domanda fatta all’Ispettorato del lavoro)
* Gravi patologie (allegare certificato)
* Permesso retribuito/non retribuito per concorsi-esami (max. 8 giorni compreso i viaggi) (allegare certificato)
* Permesso per lutto (max. 3 gg. per evento) (allegato A)
* Permesso retribuito /non retribuito per motivi familiari o personali (max. 3 gg. all’anno) (allegato A)
* Permesso retribuito ferie documentate (max. 6 gg. oltre ai 3 gg.) (allegato A)
* Permesso retribuito per matrimonio (max. 15 gg.) (allegato A)
* Permesso retribuito per ore di studio (allegare certificazioni e allegato A)
* Permesso per donazione del sangue (allegare certificato)
* Permesso sindacale (allegare certificato)
* Permesso per amministratori enti locali (allegare certificato) (allegato A)
* Permesso orario (non più del 50% dell’orario di giornata con obbligo di recupero stabilito dalla scuola)
* Ricovero ospedaliero (allegare allegato A)
* Altro

A tal fine allega: ⁭ n° certificati / autocertificazioni ⁭ n° documenti da esibire al rientro

Data Firma

*Annotazioni del Dirigente Scolastico*

|  |  |
| --- | --- |
| * *Si autorizza ⁭*  *Non si autorizza*
* *Controllo sulle autocertificazioni*
 | *Il Dirigente Scolastico (Prof.ssa Serena Di Giacinto*) |

*⁭*