

**MODELLO PERMESSI**

Il/La sottoscritto/a .....  DOCENTE  ATA  
(Cognome e Nome)

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

**CHIEDE**

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

dal ...../...../20..... al ...../...../20..... di complessivi n° ..... giorni di:

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> Recupero Festività Soppresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> LEGGE 104/92	<input type="checkbox"/> familiare ..... <input type="checkbox"/> personale
<input type="checkbox"/> Congedo straordinario LEGGE 38/2000 per (cognome-nome) .....	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per *	<input type="checkbox"/> permesso studio (n°ore) ..... <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> donazione sangue
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 1°) (*) <i>Nome bambino</i> ..... <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 2°) (**) <i>Nome bambino</i> ..... <input type="checkbox"/> malattia bambino <i>Nome bambino</i> .....
<input type="checkbox"/> malattia (**)	
<input type="checkbox"/> Permesso orario Visita Specialistica (solo ATA) presumibilmente dalle ore ..... alle ore ..... come da badge	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*) .....	

<input type="checkbox"/> <b>PERMESSO ORARIO</b> dalle ore ..... : ..... alle ..... : .....		
<input type="checkbox"/> recupero	<input type="checkbox"/> per lavoro straordinario	<input type="checkbox"/> altro.....

➤ Il/La sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

..... tel/cell. ....  
(località, via o piazza, n° civico)

Ladispoli, ...../...../20.....  
(data)

FIRMA.....

(\*) allegare documentazione giustificativa  
(\*\*) allegare certificazione medica

<b>IL DIRETTORE S.G.A.</b>	<b>IL DIRIGENTE SCOLASTICO</b>
<input type="checkbox"/> si concede <input type="checkbox"/> non si concede	<input type="checkbox"/> si concede <input type="checkbox"/> non si concede
..... (Stefania CROCE)	..... (LA ROSA Vincenza)

(Solo ATA)