



ISTITUTO COMPRENSIVO "S@MNIUM"



Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria 1° Grado

C. F. 80006670626 - C. M. BNIC804009

Viale Europa, 13 - Tel 0824.851880

e-mail: bnic804009@istruzione.it; bnic804009@pec.istruzione.it; web: www.icsamniun.edu.it;

82027 PONTELANDOLFO (BN)

Al Dirigente Scolastico
dell' IC "S@MNIUM"
Pontelandolfo

Oggetto: Richiesta di congedo

Il sottoscritto _____, _____
(Cognome e Nome) (qualifica)
con contratto a tempo _____ in servizio presso questo Istituto
(determinato/indeterminato)

CHIEDE

▪ di poter usufruire per il periodo dal _____ al _____ 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"/> festività	soppresse previste dalla legge 23/12/1977, N. 937
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per *	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame (gg 8 all'anno) <input type="checkbox"/> lutto familiare (gg 3 ad evento) <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali (gg 3 all'anno) <input type="checkbox"/> matrimonio (gg 15 consecutivi) <input type="checkbox"/> altro (specificare):
<input type="checkbox"/> recupero	<input type="checkbox"/> relativo al corrente A.S. <input type="checkbox"/> relativo al precedente A.S.
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (Legge 151/01)
<input type="checkbox"/> malattia ***	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio	
<input type="checkbox"/> legge 104	Giorni già goduti nel mese 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> infortunio	
<input type="checkbox"/> permesso non retribuito (solo personale a T.D.)	Specificare:
<input type="checkbox"/> permesso max 18 ore per motivi personali (solo ATA)
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)

(*) allegare documentazione giustificativa (**) allegare certificazione medica (***) comunicare tempestivamente n. protocollo certificato medico

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

Orario di servizio (solo per la richiesta di ferie docenti)	Sostituzione senza onere per l'amministrazione	Firma del docente che sostituisce

▪ Oppure di poter fruire del seguente permesso breve:

Giorno	Dalle ore	Alle ore	Motivazione	Orario di servizio

Pontelandolfo, _____

(Firma del dipendente)

NOTE

VISTO:	<input type="checkbox"/> si concede	Il Direttore S.G.A. Rag. Antonio Rotondi	Il Dirigente Scolastico Dott.ssa Elisanna Pezzuto
	<input type="checkbox"/> non si concede		