

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

a tempo *indeterminato/determinato* in servizio presso questo Istituto nel corrente anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Chiede alla S.V. di poter usufruire** di complessivi giorni \_\_\_\_\_ il/dal \_\_\_\_\_

**Ferie (artt. 13 e 19 CCNL)**

(gg. 6/a.s. solo per i docenti art. 13 c. 9 – senza oneri a carico dello Stato – art. 15 c 2 – con oneri per lo Stato -)

a) relative al corrente a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_  b) maturate e non godute nel precedente a.s.

**Festività Soppresse (art. 14 CCNL – gg. 4/a.s.)**

RECAPITO FESTIVO: \_\_\_\_\_ tel./cell \_\_\_\_\_

**Congedo Parentale (art. 12 CCNL)**

- Congedo per maternità – comma 2 e 3 – (\*)
- Astensione dal lavoro (dopo congedo di maternità – comma 4 -) (\*)
- Malattia del figlio/a (fino a tre anni – da tre/otto anni) – comma 5 (\*)
- Altro \_\_\_\_\_ (\*)

**Permesso retribuito (art. 15 e 19 CCNL):**

- Motivi personali/familiari (gg. 3/a.s.) (\*)
- Malattia
- Lutto familiare (gg. 3/a.s) (\*)
- Altro \_\_\_\_\_ (\*)
- Partecipazione a concorso/esame (gg. 8/a.s.) (\*)
- Motivi personali/familiari (gg. 6/a.s.) (\*)
- Permesso per Formazione
- Altro \_\_\_\_\_ (\*)

**Permesso non retribuito (art. 19 CCNL):**

- Malattia (art. 17 CCNL) (\*\*)**
- Aspettativa per motivi di famiglia, di lavoro, personali e di studio (art. 18 CCNL) (\*)**
- Formazione (art. 64 CCNL) (\*)**

(gg.5 a.s./per formazione pers. Docente – ore necessarie per aggiornamento pers. ATA)

Allega: (\*\*) certif. medica (\*) doc. giustificativa o dichiarazione retro

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa all'utilizzo dei dati personali da parte del C.P.I.A. "Levante Tigullio" pubblicato sul Sito Istituzionale <https://www.cpialevantetigullio.edu.it/index.php?idpag=1660&idTile=26>

firma

Annotazioni: vedi retro

Vista la richiesta di cui sopra :  CONCEDE  NON CONCEDE

Cogorno, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Loredana IACCARINO

## Annotazioni

Il personale docente che chiede di fruire di giorni di ferie nei periodi di attività didattica, è tenuto ad indicare il nominativo del sostituto e farlo firmare per accettazione;

il personale collaboratore scolastico che chiede di fruire di giorni di ferie, festività, permessi o di recupero lavorato oltre il normale orario di lavoro, è tenuto ad indicare il nominativo del sostituto e farlo firmare per accettazione.

DATA	NOMINATIVO SOSTITUTO	FIRMA PER ACCETTAZIONE

Dichiarazione giustificativa per visita specialistica (da compilare da parte del richiedente):

In merito alla richiesta dell'assenza succitata DICHIARO che mi devo recare presso la struttura  
\_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ per visita specialistica / esame clinico  
a partire dalle ore \_\_\_\_\_. Si precisa che la stessa non può essere effettuata in  
altra data e in altro orario.

Dichiarazione giustificativa per altro tipo di assenza (da compilare da parte del richiedente):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Parte riservata al **Dirigente Scolastico** in caso di non concessione della richiesta del dipendente:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Loredana IACCARINO