

**ISTITUTO COMPRENSIVO "D. ALIGHIERI – DIAZ"**

**Richiesta astensione dal lavoro**

RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA	
Data	Protocollo

⇒ **AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

QUALIFICA	PLESSO
<input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Direttore S.G.A. <input type="checkbox"/> Assistente Amministrativo  <input type="checkbox"/> Collaboratore scolastico	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria A.DIAZ <input type="checkbox"/> Scuola Primaria VIA APRILE <input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia VIA SOZY CARAFA <input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia VIA CASAVOLA <input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia VIA ESTRAFALLACES <input type="checkbox"/> Scuola Second. I Grado "D. Alighieri" Via Di Vereto <input type="checkbox"/> Scuola Second. I Grado "D. Alighieri" Via E.A. Mario <input type="checkbox"/> Scuola Primaria Scuola in Ospedale <input type="checkbox"/> Scuola Second. I Grado Scuola in Ospedale
<input type="checkbox"/> tempo indeterminato <input type="checkbox"/> tempo determinato	
<input type="checkbox"/> tempo indeterminato <input type="checkbox"/> tempo determinato	
<input type="checkbox"/> tempo indeterminato <input type="checkbox"/> tempo determinato	
<input type="checkbox"/> tempo indeterminato <input type="checkbox"/> tempo determinato	

in servizio presso Codesto Istituto Comprensivo nel corrente a.s. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ch i e d e**

alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi nr. \_\_\_\_\_ giorni di:

<p><b><u>MALATTIA (CCNL 29/11/2007)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Assenza per malattia (art. 17) (*)</p> <p><input type="checkbox"/> Assenza per Gravi Patologie o Cure agli invalidi (*)</p> <p><input type="checkbox"/> Assenza per visita specialistica / esami diagnostici                      (*) <u>Autocertificazione all'atto della domanda e attestazione della struttura sanitaria dell'avvenuta prestazione in orario antimeridiano.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero e/o day hospital (*)</p> <p><input type="checkbox"/> Infortunio sul lavoro e causa di servizio (art. 20) (*)</p> <p><b><u>ASTENSIONE OBBLIGATORIA (D.L.vo 151/2001)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Permesso retribuito per controllo prenatale (*)</p> <p><input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria (D.L.vo 151/2001) (*)</p> <p><input type="checkbox"/> Interdizione dal lavoro per maternità/complicanze della gestazione (*)</p> <p><b><u>ASTENSIONE FACOLTATIVA (D.L.vo 151/2001)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Congedo parentale (artt.32-36-40) **</p> <p><input type="checkbox"/> malattia bambino entro 3 anni di vita (artt. 47-50) **</p> <p><input type="checkbox"/> malattia bambino da 3 a 8 anni di vita (artt. 47-50) **</p>	<p><b><u>PERMESSO RETRIBUITO PER</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> motivi familiari/personali _____ (**);</p> <p><input type="checkbox"/> lutto familiare (**);</p> <p><input type="checkbox"/> matrimonio (**);</p> <p><input type="checkbox"/> partecip. a concorso/esame/studio _____ (**);</p> <p><input type="checkbox"/> diritto allo studio;</p> <p><input type="checkbox"/> legge 104/92 (accomp. portat. di handicap) (h. _____) ;</p> <p><input type="checkbox"/> permesso sindacale _____ (**);</p> <p><input type="checkbox"/> recupero ore lavoro straordinario (h. _____) (*);</p> <p><b><u>ALTRI CASI DI ASTENSIONE DAL LAVORO</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> _____;</p> <p><input type="checkbox"/> _____;</p> <p><b><u>FERIE (CCNL 29/12/2007)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> ferie relative al corrente a.s.;</p> <p><input type="checkbox"/> ferie maturate e non godute nel precedente a.s.;</p> <p><input type="checkbox"/> ferie documentate (*);</p> <p><input type="checkbox"/> festività previste dalla Legge 23 dicembre 1977 n. 937;</p>
--	---

(\*) compilare la Dichiarazione Sostituita dell'Atto di Notorietà e/o allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica/certificazione attestante l'effettiva partecipazione/ certificazione attestante il diritto al permesso.

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

\_\_\_\_\_  
(località, via o piazza, numero civico e n. telefonico)

Lecce, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

**ISTITUTO COMPRENSIVO "D. ALIGHIERI – DIAZ"**

**Richiesta astensione dal lavoro**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 T.U.-D.P.R. n. 445/2000-T.U. disposizioni legislative e regolamentari in materia di regolamentazione amministrativa)

Io sottoscritt \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali, cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni, previste dall'art. 76 del T.U. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole che la mancata veridicità di quanto dichiarato comporta la decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato,

**D I C H I A R O**

Letto, confermato e sottoscritto – Lecce, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

**ISTITUTO COMPRENSIVO "D. ALIGHIERI – DIAZ" – LECCE**

Ai sensi dell'art. 38-comma 3-del T.U. n. 445/2000, si attesta che la sottoscrizione delle dichiarazioni rese dal dichiarante è stata apposta in mia presenza.

Lecce, \_\_\_\_\_

IL DIPENDENTE ADDETTO \_\_\_\_\_

**ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Visto: \_\_\_\_\_