##### AL DIRIGENTE SCOLASTICO

**IIS PIZZINI-PISANI – IPSEOA - LS GALILEO G. PAOLA (CS)**

Il sottoscritto …………………………………………. In servizio presso codesto Istituto in qualità di:

[ ] Docente [ ] ATA [ ] a tempo indeterminato [ ] a tempo determinato

## **C H I E D E**

Alla S.V. ai sensi del vigente C.C.N.L del comparto Scuola di assentarsi dal servizio per n. **……** giorni,

dal **…./…./2025** al **…/…/2025** per il seguente motivo:

**[ ] Malattia**

**[ ] Visita specialistica**

[ ] Day Hospital

[ ] Ricovero presso struttura pubblica

[ ] Aspettativa non retribuita per motivo [ ] famiglia [ ] lavoro [ ] studio;

[ ] Congedo Parentale [ ] 1-12 anni di vita del bambino; [ ] malattia bimbo fino a 3 anni;

[ ] Cure fisioterapiche per invalidità non inferiore a 2/3;

[ ] Diritto allo studio (150 ore per anno solare) dal **…./…./2025** al **…./…/2025** per ore …..

[ ] Ferie: [ ] anno corrente; [ ] anno precedente;

[ ] Festività soppresse;

[ ] Grave patologia;

[ ] Infermità' riconosciuta per causa di servizio;

[ ] Infortunio sul lavoro (certificato dall'INAlL);

[ ] Legge 104/92 [ ] personale [ ] assistenza familiare disabile: ……………………………………………………..

[ ] Lutto per parente fino al 20 grado o affine di 10 grado: ………………………………………………….

[ ] Maternità (L. 1204/71): [ ] interdizione [ ] gestazione [ ] puerperio

[ ] Matrimonio: ………………………………………………….

[ ] Obblighi legali/civili: ……………………………………………….

[ ] Partecipazione a concorsi o esami/aggiornamento/seminario ………………………………………………………

[ ] Permesso breve per i seguenti motivi: …………………………………………………….

dalle ore **…:...** alle ore **…:...** (max metà orario giornaliero) del giorno ……………………………..

[ ] Permesso donatore di sangue;

[ ] Permesso mandato sindacale …………………………………………………..

[ ] Permesso retribuito per motivi personali/familiari;

[ ] Permesso per recupero ore di straordinario effettuate (ATA);

[ ] Permesso per recupero Banca Ore, come da contrattazione di Istituto; ………………………..

[ ] Permesso retribuito visite mediche (art. 35 CCNL 21/05/2018) Giorno ………………………………

 dalle ore …**:**... alle ore …**:**....

Durante l'assenza il richiedente sarà domiciliato a ……………………………………………………

in via ………………………………….. presso …… ……………….………………… tel. ………………………

 A corredo della domanda verrà allegata ……………………………………….

Paola, **…/…/2025** Firma ……………………….



Accertata la validità delle motivazioni:

Visto: [ ] SI accoglie [ ] NON si accoglie

###  IL DSGA LA DIRIGENTE SCOLASTICA

 Gemma Mirta Petrelli Dott.ssa Sandra Grossi