

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto di Istruzione Superiore "Tron Zanella" di Schio

RICHIESTA DI ASSENZA

 Il sottoscritto _____ Docente / ATA
 a tempo determinato / indeterminato in servizio presso l'IIS "Tron Zanella" nel corrente anno scolastico _____
 chiede di poter usufruire:

dal (il) _____ al _____ giorni _____ di

- Ferie** o festività relative A.S. _____
 Permesso orario per _____ dalle ore _____ alle _____ (totale ore)
 Assenza per malattia
 inizio continuazione fonogramma ore visita fiscale richiesta per giorno
 Assenza per visita medica
 Si allega: autocertificazione / documentazione / certificato medico numero

Permesso retribuito per:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Motivi familiari/personali da comunicare verbalmente alla Dirigenza e da giustificare con autocertificazione allegata alla presente domanda.
<input type="checkbox"/> Corso di aggiornamento , partecipazione
<input type="checkbox"/> Esami o concorsi , partecipazione
<input type="checkbox"/> Lutto familiare (indicare sotto nome e grado di parentela)
<input type="checkbox"/> Matrimonio
<input type="checkbox"/> Altro | <input type="checkbox"/> Aspettativa per motivi di famiglia (senza assegni)
<input type="checkbox"/> Diritto allo studio Ore: _____
<input type="checkbox"/> Mandato amministrativo presso Enti Locali
<input type="checkbox"/> Donatori di sangue , riposo compensativo
<input type="checkbox"/> Legge 104/92 - assistenza diversamente abili
Assistito
..... |
|--|---|

Congedo per maternità / congedo parentale

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Congedo per maternità (2 mesi prima – 3 mesi dopo il parto)
<input type="checkbox"/> Congedo per maternità (1 mese prima – 4 mesi dopo il parto)
<input type="checkbox"/> Interdizione anticipata per complicanze gestazione.
<input type="checkbox"/> Congedo parentale entro il terzo anno di vita del bambino
<input type="checkbox"/> Congedo parentale dopo il terzo anno e fino all'8° anno di vita
<input type="checkbox"/> Si allega: autocertificazione / documentazione / certificato medico. | <input type="checkbox"/> Riposo orario giornaliero della madre (2 ore/giorno nel 1° anno di vita)
<input type="checkbox"/> Congedo parentale per malattia del figlio entro 3 anni di vita (retribuito)
<input type="checkbox"/> Congedo parentale per malattia del figlio tra 3 e 8 anni (non retribuito)
<input type="checkbox"/> Si allega: autocertif.ne / document.ne / certificato medico. |
|---|--|

Sostituzioni docenti in caso di richiesta ferie Data.....		
Ora	Docente	Firma
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Sostituzioni docenti in caso di richiesta ferie Data.....		
Ora	Docente	Firma
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Schio, _____

FIRMA _____

 Personale **docente:** visto _____

Il collaboratore _____

Visto: si concede

 Il Dirigente Scolastico
 Prof. Silvio Grotto

 Personale **docente:** visto _____

Il collaboratore _____

Riservato alla Segreteria

- Registrato in archivio interno
 Registrato in Personale 2.0
 Registrato in SIDI