



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DANIELE MANIN" - CAVALLINO TREPORTI (VE)

SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA DI 1° GRADO

Via Pisani, 1 - CAP 30013 - tel. 041 658570

Cod. Mec. VEIC833003 - Cod. Fisc. 94048310273

www.icmanin.edu.it - veic833003@istruzione.it - veic833003@pec.istruzione.it

Il / La sottoscritt _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ a **TEMPO DETERMINATO**

☐ **comunica** l'assenza dal _____ al _____ per giorni _____

☐ **ASSENZA PER MALATTIA** (retr. al 50% per supplenti temporanei nominati dal D.S.)

☐ Nel caso in cui la richiesta di assenza sia dovuta alla necessità di effettuare visite specialistiche/esami o terapie, dichiaro che non è possibile ottenere l'appuntamento in altro momento utile non corrispondente al mio orario di servizio

☐ assenza per terapie (per gravi patologie art. 17 comma 9 del C.C.N.L. 23.07.2003)

☐ **chiede** la concessione:

dal _____ al _____ per giorni _____
dal _____ al _____ per giorni _____

di:

☐ permesso per motivi personali o familiari (6 giorni per a.s. non retribuiti)

☐ ferie anno scolastico in corso (in proporzione al servizio prestato)

☐ festività sopresse (in proporzione al servizio prestato)

☐ permesso per studio/concorso/esami (8 gg. senza assegni)

☐ permesso per partecipazione a corso di aggiornamento

☐ permesso per lutto (coniuge, parenti *entro il II° grado o affini di I° grado* 3 gg. consecutivi per evento)

☐ permesso per matrimonio (15 gg. consecutivi)

☐ permesso per donazione sangue (giorno stesso della donazione) #

☐ permesso per testimonianza in giudizio (giorno stesso dell'evento) #

☐ permesso retribuito per diritto allo studio (nei limiti della durata dell'incarico)

☐ aspettativa per motivi di famiglia/di studio e ricerca (nei limiti della durata dell'incarico - senza assegni)

☐ recupero orario

☐ altro _____

note: _____

Allega/Allegnerà alla presente: _____

Cavallino Treporti (VE). _____

Firma _____

Su base di idonea documentazione

Firma del fiduciario di plesso per presa visione _____

VISTO: ☐ Non si concede - ☐ Si concede con il seguente trattamento economico:

☐ RETRIBUZIONE INTERA

☐ RETRIBUZIONE AL _____%

☐ SENZA ASSEGNI

IL DSGA
Loredana Borgese

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Giovanna Ridente