Mod.Ass2

PROT._____VII.4_ DEL_____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IIS GIORGI-WOOLF - ROMA

Il/La sottoscritto/a _____, _____
cognome e nome qualifica

☐ a Tempo Indeterminato ☐ a Tempo Determinato

in servizio presso questo Istituto nel corrente A.S.202___/202___

chiede alla S.V. di poter usufruire

il _____ (se trattasi di un solo giorno) dal _____ al _____

pari a complessivi giorni _____ di

☐ malattia
☐ Day hospital
☐ Ricovero ospedaliero

☐ visita specialistica e/o analisi e/o accertamenti diagnostici (presso _____)
(che si dichiara non essere stato possibile, per indisponibilità della struttura sanitaria, prenotare in orario pomeridiano e/o nel giorno libero)

☐ permesso retribuito per (pers.a T.I.ed equip.)
☐ permesso non retribuito per (pers.a T.D.)

☐ partecipazione a concorso/esame
☐ lutto familiare (giorno 1° 2° 3°) *
☐ motivi pers.li/fam.ri(giorno 1°2°3°)*
☐ matrimonio

☐ permesso mensile ai sensi Legge 104/92, artt.21 o 33 (max 3 gg.x mese:giorno 1° 2° 3°):
- permesso personale
- per assistenza a familiare Sig./ra _____
non ricoverato a tempo pieno nel periodo richiesto

☐ congedo parentale ai sensi dell'art.32 del D.L.vo n.151/2001

entro 8°/ 12° anno del bambino _____ nato il _____

☐ congedo per malattia del figlio ai sensi dell'art.47 del D.L.vo n.151/2001

entro 8°anno del bambino _____ nato il _____

☐ congedo di maternità (obbligatorio) ai sensi dell'art.16 del D.L.vo n.151/2001

☐ interdizione dal lavoro ai sensi dell'art.17 del D.L.vo n.151/2001

☐ aspettativa per motivi di famiglia/studio
☐ permessi retribuiti motivi di studio (150 ore) ore n. ____ (intero giorno SI NO)
relativi al seguente Corso:_____

☐ altro caso previsto dalla normativa vigente _____

Nel suddetto periodo si troverà: 1)☐ presso il domicilio noto all'Amministrazione
2)☐ al seguente indirizzo _____

_____
ASL di appartenenza dell'indirizzo di cui al punto 2):
_____

Con osservanza.

Roma, _____ _____
firma del dipendente

Si allega la seguente documentazione giustificativa: _____
N. prot. certificato medico :_____

La domanda è stata consegnata a mano il _____ da _____ Firma _____

==========

RISERVATO ALLA SEGRETERIA: ☐ documentazione giustificativa ☐ certificazione medica

==========

VISTO DELLA VICEPRES. V/TO:CONTROLLO DELLA SEGR. VISTO: SI CONCEDE
_____ _____ IL DIRIGENTE SCOLASTICO
_____

cccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccccc

(*) da compilare se non documentato specificando i motivi

IL/LA SOTTOSCRITT….DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA',
AI SENSI DEL DPR N.445/2000, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE,
DI: ☐ USUFRUIRE ☐ AVER USUFRUITO DEL PERIODO SUINDICATO PER IL SEGUENTE MOTIVO:
_____
_____

Firma _____

(SP::#DOM_ASSENZA DOCENTI)