Ministero dell'Istruzione

UNIONE EUROPEA
Fondo sociale europeo
Fondo europeo di sviluppo regionale

Istituto Comprensivo Statale
"A. R. CHIARELLI"

Via Carmine, 4 – 74015 MARTINA FRANCA (TA)
Tel. Direzione 080/4303462 – **Tel. Segr.** 080/4116515 - **Sito Web:** www.icschiarelli.edu.it
Indirizzo P.E.O. taic86200q@istruzione.it - **Indirizzo P.E.C** taic86200q@pec.istruzione.it
Codice Fiscale 90214350739 - **Codice univoco fatturazione elettronica:** UF5OOE – **Codice iPA** *istsc_taic86200q*

MODULO ASSENZE/PERMESSI/RECUPERI/FERIE/MALATTIA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C.S. *"A.R. CHIARELLI"*
MARTINA FRANCA

Il/la sottoscritto/a_____

CODICE FISCALE (solo in caso di assenza per malattia) | | | | | | | | | | | | | | | |

In servizio presso codesto Istituto in qualità di: ☐ **DOCENTE** ☐ **PERSONALE A.T.A.** ☐ **Tempo Indet.** ☐ **Tempo Det.**

CHIEDE/COMUNICA

Alla S. V. di assentarsi per gg. n_____ dal _____ al _____ per:

☐ **ferie** (ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009) ☐ a.s. precedente ☐ a.s. corrente

☐ **permesso breve**: per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____per un tot. ore_____

☐ **festività soppresse** (previste dalla legge 23/12/1977, n° 937);

☐ **recupero** nel giorno _____ ☐ **orario** dalle ore_____ alle ore_____

☐ **malattia** (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009) - **n° di certificato di malattia** _____

☐ **visita specialistica** ☐ **ricovero ospedaliero** ☐ **analisi cliniche**

☐ **permesso retribuito** *ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009):*

☐ concorsi/esami ☐ personali/familiari ☐ matrimonio ☐ lutto

☐ **legge 104/92** giorni già goduti nel mese: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

☐ **infortunio** sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio *(ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/2009)*

☐ **permesso studio**: per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____per un tot. ore _____

☐ **altro caso previsto dalla normativa vigente:** _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto/a sarà domiciliato a _____
in_____n°_____tel._____

Martina Franca, lì / /2022 In fede

_____
(firma del richiedente)

A CURA DELL'UFFICIO
Vista la domanda

☐ Si concede ☐ Non si concede

Motivo_____

Visto D.S.G.A: Massimiliano MINEI

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Roberta LEPORATI