



ISTITUTO COMPRENSIVO di BUSSOLENGO  
 Scuola Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° Grado  
 Cod. Mecc. VRIC81300D - C. F. n° 80017580236  
 Via C. Alberto dalla Chiesa 13, 37012 BUSSOLENGO (VR)  
 Tel e/o fax. 045/6702909-6701185  
 Sito web: [www.icbussolenigo.it](http://www.icbussolenigo.it) E-mail: [vrlic81300d@istruzione.it](mailto:vrlic81300d@istruzione.it)



AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
 AL DSGA

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ DATA NASCITA \_\_\_\_\_

DOCENTE     PERSONALE ATA     TEMPO DETERMINATO     INDETERMINATO

INFANZIA \_\_\_\_\_ -  PRIMARIA \_\_\_\_\_ -  SECONDARIA 1°GRADO  
 (indicare il nome della scuola di servizio)

CHIEDE DI ASSENTARSI DAL SERVIZIO PER:

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> festività sopresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> recupero	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per <b>Il permesso retribuito per famiglia o motivi familiari deve essere documentato, anche con autocertificazione.</b>  <b>Art. 31 CCNL 2016/2018: solo per il personale ATA: il permesso retribuito per famiglia o motivi familiari, può essere fruito anche a ore e deve essere documentato, anche con autocertificazione.</b>	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> matrimonio  <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali  il _____ dalle ore _____ alle ore _____
<input type="checkbox"/> maternità  Data nascita figlio/a _____  Nome e Cognome figlio/a _____	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria <input type="checkbox"/> congedo parentale (L.1204/71, art. 7 comma 1°) (ex astensione facoltativa) <input type="checkbox"/> congedo parentale (L.1204/71, art. 7 comma 2°) (Malattia figlio)
<input type="checkbox"/> malattia	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> <b>solo per il personale ATA:</b> Art. 33 CCNL 2016/2018 assenze per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o terapie o esami diagnostici DAL _____ AL _____ GG. _____ il _____ dalle ore _____ alle ore _____ <b>(solo nel caso si fruisca a ore)</b>	

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ GG. \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ GG. \_\_\_\_\_

Firma

DATA \_\_\_\_\_

MOTIVI DELL'EVENTUALE DINIEGO .....

Visto il DSGA

Il Dirigente Scolastico

DATA .....

Prof.ssa Viviana Sette

FONOGRAMMA DEL .....PROT. N. ....