

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, in servizio presso
 codesto Istituto in qualità di: _____ con contratto a tempo: indeterminato determinato breve, ai sensi del
 CCNL stipulato in data 29/11/2007 e successive integrazioni/modifiche, chiede n° giorni(____) il/dal _____ al _____.

TIPOLOGIA ASSENZA		Riferimento. Art. CCNL	Note
<input type="checkbox"/> Motivi di Salute	<input type="checkbox"/> Malattia	17/19	
	<input type="checkbox"/> Causata da terzi <input type="checkbox"/> Non causata da terzi		
<input type="checkbox"/> Visita specialistica/esami			
<input type="checkbox"/> Motivi personali o familiari ⁽¹⁾		15	
<input type="checkbox"/> Complicanze/maternità obbligatoria		12	Compilare
<input type="checkbox"/> Astensione facoltativa / malattia figlio		12	Compilare
<input type="checkbox"/> Congedi parentali(specificare)		12	Compilare
<input type="checkbox"/> Concorsi/Esami		15	
<input type="checkbox"/> Aggiornamento/Formazione		64	
<input type="checkbox"/> Permesso sindacale		10,11 CCNQ del 04/12/17	
<input type="checkbox"/> Permesso non retribuito giorni ⁽¹⁾		15-19	
<input type="checkbox"/> Permesso retribuito giorni ⁽¹⁾		15	
<input type="checkbox"/> Aspettative per motivi familiari/lavoro/studio		18	
<input type="checkbox"/> Permesso retribuito L.104/92			
<input type="checkbox"/> Matrimonio		15	
<input type="checkbox"/> Infortunio			
<input type="checkbox"/> Altro			

Se causata da terzi indicare la causale: _____

Comunico ai fini del controllo della visita del medico fiscale, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al sotto indicato indirizzo dalle ore 09,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 18,00 in ciascun giorno dell'assenza anche se non lavorativo o festivo:

Via/Piazza _____ n° ____ C.A.P. _____ città _____

Tel. _____ Cell. _____

Allega alla presente: certificato medico certificato di ricovero ospedaliero altra documentazione

Con osservanza

Torino, li _____


Firma _____

Relativamente a punti di cui alla nota(1) si concede non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Rosaria DI CARA)

PROT.N° _____ Del _____

IL Direttore dei SS.G.AA.
(RICALDONE Dott.ssa Maria Rosa)

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO QUALITÀ-ACCREDITAMENTO UNI EN ISO 9001:2015 - MANUALE OPERATIVO ACCREDITAMENTO	ASSENZE Personale (DOCENTE E A.T.A.)	Cod.Mod.	DP004
	I.I.S. PRIMO LEVI		Pag. 2 di 2	Ed.1 Rev.3 01.10.2023

OGGETTO: ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER MATERNITÀ'

Ai sensi della legge 1204/71 convertita e modificata dalla legge n° 53 dell'8/3/2000.

CHIEDE

ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER MATERNITÀ'

Interdizione per complicanze(1) dal ____/____/____ al ____/____/____ gg. ____
Ex art. 5 legge 1204/71

Astensione obbligatoria(2) dal ____/____/____ al ____/____/____ gg. ____

Ex. art.4 Legge 1204/71 tradizionale

Ex. art. 11 Legge 53/00 parto prematuro

Ex. art. 12 Legge 53/00 flessibile

Ex. art. 13 Legge 53/00 astensione del padre Allega alla presente:

(1) provvedimento del Servizio Ispezione del Lavoro,

(2) certificato medico data presunta del parto.

OGGETTO: CONGEDO PARENTALE D.L.gs. 151/01 (ex art.7 c.1 Legge 1204/71 e art 12 CCNL)

Ai sensi dell'art. 11 CCNL comparto scuola II biennio del 15/03/01, modificato dall'art. 12 CCNL biennio economico 02/03 del 24/07/2003 e con riferimento alla C.M. 53/2000:

CHIEDE

Congedo parentale (primi 30 gg.) dal ____/____/____ al ____/____/____ gg. ____

Ex astensione facoltativa c.1 (ora congedo parentale D.lgs. 151/01 capo V) nell'ambito dei primi tre anni di vita, per ciascun anno scolastico e al genitore che ne usufruisce per primo trattamento economico spettante nel primo mese di assenza)

Periodi successivi: dal ____/____/____ al ____/____/____ gg. ____

(Al 30% del trattamento economico) (sei mesi nell'ambito dei primi 3 anni di vita) A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- Che il figlio è nato il ____/____/____/
- Che non ha già fruito di questo tipo di assenza, ovvero ne ha usufruito nei seguenti periodi: _____
- Che il coniuge, in servizio presso _____ ha/non ha usufruito dello stesso tipo di congedo (si allega dichiarazione resa dal datore di lavoro del coniuge relativa a tutti i periodi usufruiti per congedo parentale e malattia figlio a decorrere dalla nascita)

OGGETTO: CONGEDO MALATTIA FIGLIO L.53/00 (ex art. 7 c. 4 L.1204/71).

Ai sensi dei CC.CC.NN.LL. comparto scuola del 04/08/1995, del 26/05/1999, del 24/07/2003 e del 29/11/2007:

CHIEDE

Entro il 3° anno di vita dal ____/____/____ al ____/____/____ gg. ____

Oltre il 3° anno di vita e fino all'ottavo dal ____/____/____ al ____/____/____ gg. ____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- Che il figlio è nato il ____/____/____/
- Che il coniuge non fruisce dell'astensione per gli stessi giorni e per gli stessi motivi di aver fruito nel corrente anno di vita del figlio dei seguenti giorni:

Si allega: _____

Firma _____