



# AL DIRIGENTE SCOLASTICO

del 2° Istituto Comprensivo di scuole dell'Infanzia, Primarie e Secondarie di primo grado "A. Manzoni"  
 cod. mecc. SRIC844007 - c.f. 80002010892 - tel: 0931.769032 - fax: 0931.766528  
 email: sric844007@istruzione.it - sito web: www.icmanzonipriolo.it  
 96010 Priolo Gargallo (SR) via A. De Gasperi, 17



## OGGETTO: DOMANDA DI CONGEDO

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

in servizio presso codesto istituto in qualità di:  **DOCENTE**  **A. T. A.**  
 con contratto a tempo:  indeterminato  determinato  part-time

### CHIEDE

ai sensi del Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro 2006/2009 del 29 novembre 2007,

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi giorni \_\_\_\_\_ di:

Dal C.C.N.L.	X	Tipologia dell'assenza (seleziona con una X)	Descrizione e/o dichiarazioni
Art.17	<input type="checkbox"/>	Assenza per salute e/o malattia	
Art.15 comma 2.	<input type="checkbox"/>	Permesso retribuito (motivi personali/familiari)	
Art.15 comma 1	<input type="checkbox"/>	Permesso retribuito (concorso/tutto/esami)	
L. 104 art. 33 c. 3	<input type="checkbox"/>	Permesso retribuito (specificare a lato)	
L. 1204/71 art. 16	<input type="checkbox"/>	Astensione obbligatoria maternità	
L. 1204/71 art. 32	<input type="checkbox"/>	Astensione facoltativa post-parto	
L. 1204/71 art. 47	<input type="checkbox"/>	Astensione facoltativa per malattia del figlio. <sup>(1)</sup>	
Art.13 comma 9	<input type="checkbox"/>	Ferie	
Art.14	<input type="checkbox"/>	Festività soppresse <sup>(2)</sup>	
	<input type="checkbox"/>	Recupero prestazioni (specificare a lato)	
Art.15 comma 3	<input type="checkbox"/>	Matrimonio	
Art.15 CCNL 14/9/00	<input type="checkbox"/>	Permesso per diritto allo studio	
	<input type="checkbox"/>	Permesso non retribuito (specificare a lato)	
Art.19 comma 9	<input type="checkbox"/>	Permesso retribuito (donazione AVIS)	
Art.16	<input type="checkbox"/>	Permesso breve <sup>(3)</sup>	
	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare a lato)	

Si allega la seguente documentazione:

Durante il/i periodo/i sopraindicato/i il/la sottoscritto/a è reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Priolo G., \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Non scrivere nella zona sottostante

Segue comunicazione del _____ prot. n. _____	Parere del D.S.G.A.
	VISTO: si approva <input type="checkbox"/> non si approva <input type="checkbox"/>
IL DIRIGENTE SCOLASTICO _____	

(1) Precisare il nome, cognome e data di nascita del figlio/a, nonché indicare il nome e cognome dell'altro genitore e dichiarare che quest'ultimo, se lavoratore dipendente, non è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo indicando esattamente il datore di lavoro e l'indirizzo della sede di servizio;  
 (2) esclusivamente durante il periodo di sospensione delle lezioni