AL DIRIGENTE SCOLASTICO
del Liceo Scientifico "A. Volta"
Foggia

Oggetto: **richiesta di congedo – personale A.T.A.**

Il/la sottoscritto/a_____

in servizio presso questo Istituto in qualità di_____

con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

C H I E D E

n- _____ giorno/i, ovvero dal _____ al _____ per:

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

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

☐ malattia *(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ visita specialistica - ☐ ricovero ospedaliero - ☐ analisi cliniche

☐ permesso retribuito *(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ concorsi/esami - ☐ motivi personali/familiari - ☐ lutto - ☐ matrimonio

☐ permesso non retribuito *(per personale a tempo determinato)*

☐ aspettativa per motivi di: *(ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ famiglia - ☐ lavoro - ☐ personali - ☐ studio

☐ legge 104/92 art. 21 ☐ art. 33 ☐ - 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. 2006/09)*

☐ altro caso previsto dalla normativa vigente: _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in _____

via _____n°_____ tel. _____

- SI ALLEGA _____

Foggia ,_____ Il/La richiedente

_____

^^

Vista la domanda

Si esprime parere
☐ Favorevole ☐ Non favorevole ☐ Si concede ☐ Non si concede

IL DIRETTORE S.G.A.
dott.ssa Patrizia De Palma

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
prof. Gabriella GRILLI