

Istituto di Istruzione Superiore Liceo "Enrico Medi"
 Sede: via degli Studi, 74 - 98051 **Barcellona P.G. (ME)** - Cod. mecc. MEIS03400B
 meis03400b@istruzione.it - meis03400b@pec.istruzione.it - Tel. 0909795083 - Fax 0909799259
 Sezioni associate: Liceo Scientifico e Linguistico Medi (MEPS03401T)
 Liceo Classico Valli (MEPC03401P) - Liceo delle Scienze Umane 24 Maggio 1915 Castoreale (MEPM03401V)

Modello per il personale DOCENTE
 (vers. 23/03/2017_n.2)

Al Dirigente Scolastico dell'I.I.S. "E. Medi"
 Barcellona P.G. (ME)

Oggetto: richiesta di congedo docente ai sensi del C.C.N.L.2006/2009 e successive modifiche e integrazioni.

Il sottoscritto _____, _____
 (Cognome e Nome) (qualifica)
 in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo _____
 (indeterminato/determinato)

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di:

<input type="checkbox"/> permesso breve dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____	
<input type="checkbox"/> festività soppresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937 (art. 14)	
<input type="checkbox"/> ferie (art. 13)	<input type="checkbox"/> da fruire nel corrente A.S.
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per *(art. 15)	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame (gg. 8 comprensivi di eventuale viaggio) <input type="checkbox"/> lutto familiare (gg. 3 per evento) <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali (gg. 3+6 gg. di ferie art. 13 comma 9) (debitamente documentati o certificati) ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> matrimonio (gg. 15) <input type="checkbox"/> art. 33 Legge 104 (ha già usufruito, nel mese in corso, di giorni _____) <input type="checkbox"/> visita specialistica ^{*/**} <input type="checkbox"/> diritto allo studio <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> maternità (art. 12)	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione** <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria**
<input type="checkbox"/> congedo parentale (art.12)	<input type="checkbox"/> per malattia del figlio - inferiore a 3 anni (limite di 30 gg. successivi al compimento del 1° e 2° anno di vita del bambino) <input type="checkbox"/> per malattia del figlio - superiore a 3 anni ed inferiore a 8 anni (5 gg. all'anno) <input type="checkbox"/> congedo parentale - entro i 6 anni di vita del figlio (D.L.80/2105*) <input type="checkbox"/> congedo parentale - dai 6 ai 12 anni di vita del figlio (D.L.80/2105) <input type="checkbox"/> congedo parentale per adozione o affidamento nazionale/internazionale
<input type="checkbox"/> malattia (**)(art. 17)	<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero/day hospital
<input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro (art. 20)	
<input type="checkbox"/> aspettativa sequenza contr. 08/03/2002 - incarichi qualifica superiore	
<input type="checkbox"/> corsi di aggiornamento (art. 64) gg. 5 per anno scolastico (*)	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio (art. 18)	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*) _____	

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

_____ (località, via o piazza, n. civico e n. di telefono)

_____ (luogo e data) _____ (firma del dipendente)

(*) allegare documentazione giustificativa - (**) allegare certificazione medica

Si allega _____

VISTO: L'A.A. _____ Il Vicario _____	Il Dirigente Scolastico dott.ssa Domenica Pipitò
---	---

Assunto al protocollo n. _____ del _____