



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
ISTITUTO COMPRENSIVO DI EDOLO**

Via A. Morino, 5 - 25048 EDOLO (BS) - Tel. 0364.71247 - Fax 0364.73161  
Codice Meccanografico: BSIC87000G - Codice fiscale: 90019150177  
Codice Univoco: UF1EK9  
e-mail: [bsic87000g@istruzione.it](mailto:bsic87000g@istruzione.it); [bsic87000g@pec.istruzione.it](mailto:bsic87000g@pec.istruzione.it)  
sito web: [www.icedolo.edu.it](http://www.icedolo.edu.it)

**RICHIESTA ASSENZA: DOCENTI**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

abitante a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

in servizio presso codesta scuola (  Infanzia \_\_\_\_\_  Primaria \_\_\_\_\_  1° grado \_\_\_\_\_

Sede IC Edolo ) per n.ore sett.li \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo INDETERMINATO/DETERMINATO

**COMUNICA / CHIEDE**

di assentarsi dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ = gg. \_\_\_\_\_ per:

<input type="checkbox"/> malattia (anche per visite specialistiche) (con decurtazione retributiva)	<input type="checkbox"/> aspettativa per mandato amm.vo/parlam
<input type="checkbox"/> <b>permesso retribuito per motivi personali o familiari</b> (gg.3) del CCNL vigente -personale tempo indeterminato e determinato	<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di studio (art.24)
<input type="checkbox"/> Permesso per mandato amministrativo	<input type="checkbox"/> permesso espletamento funz.amm.ve
<input type="checkbox"/> permesso per lutto (gg.3)	<input type="checkbox"/> permesso per convocazioni giudiziarie
<input type="checkbox"/> permesso per matrimonio (gg.15)	<input type="checkbox"/> donazione sangue
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per partecipazione a concorso o esami (gg.8)	<input type="checkbox"/> permesso per gravi motivi (2anni nell'arco della vita lavorativa)
<input type="checkbox"/> ferie (gg.6) ( <i>solo docenti</i> ) durante i periodi di attività didattica previsti dall'art. 13, comma 9, del CCNL 2006-2009	<input type="checkbox"/> diritto allo studio (150 ore)
<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> convegno a _____
<input type="checkbox"/> festività soppresse L.937/77 (gg.4)	<input type="checkbox"/> Congedo Biennale art.42 c.5 D.L.vo n.151/01 (da integrare con altro modulo)
<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento a _____	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> infortunio (avvenuto il _____)	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia (art.24)	
<input type="checkbox"/> LEGGE 104/92 dichiara che il familiare _____ in situazione di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria	

**ALLEGA / SI RISERVA DI ALLEGARE** -documentazione rilasciata da \_\_\_\_\_ /autocertificazione  
Indicare l'indirizzo per eventuale visita fiscale se diverso da quello sopra \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**VISTO si autorizza**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Giacomina Andreoli