Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo “S.G. BOSCO”

C.so Roma, 254 - 74016 Massafra (TA)

Il/La sottoscritto/a

□ docente

□ direttore s.g.a.

□ assistente amministrativo

□ collaboratore sscolastico

in servizio presso questo Istituto nel corrente A.S. in qualità di:

con contratto a tempo: □indeterminato □ determinato

**chiede di poter usufruire di n.\_\_\_\_\_ gg. dal \_\_\_\_\_\_\_**  **al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

○ relative al corrente anno scolastico

○ maturate e non godute nel precedente anno scolastico

**per:** □  **01 - ferie**

□  **02 - festività** art.14 del CCNL del 29.11.2007

□  **03 - recupero** ore prestate in eccedenza al proprio orario di servizio dalle ore \_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **04 - malattia** □ **RICOVERO OSPEDALIERO/day -hospital** □ **VISITA SPECIALISTICA/ACCERT.DIAGNOSTICI**

○ partecipazione a concorso/esame/formazione-aggiornamento

○ lutto familiare

○ motivi personali/familiari

○ matrimonio

○ motivi personali/familiari dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ai sensi dell’ art. 31 del c.c.n.l. del 18.04.2018)

○ visita specialistica/accert. diagn. dalle ore\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_

(ai sensi dell’ art. 33 del c.c.n.l. del 18.04.2018)

○ assistenza familiari (legge 104/92) dalle ore\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_

(ai sensi dell’ art. 32 comma 1 del c.c.n.l.del 18.4.2018)

(ai sensi dell’ art. 17 del c.c.n.l.2006/2009)

□  **05 - permesso** retribuito/non retribuito

(ai sensi dell’ art. 15 del c.c.n.l.2006/2009)

□  **permesso** retribuito

personale ata

**m**

**a**

**t**

**e**

**r**

**n**

**i**

**t**

**à**

□  **06 - interdizione dal lavoro** per gravi complicanze della gestazione (Art. 17, comma 2, D.Lgs. 151/2001)

□  **07 - astensione obbligatoria dal lavoro** per maternità (Artt. 16-17 D.Lgs. 151/2001 - Art.12 CCNL 24/07/03)

□  **08 - richiesta di flessibilità dell’astensione obbligatoria**  (Art. 20 D.Lgs. 151/2001)

□  **09 - congedo parentale**  (Art. 7 D.Lgs. 80/2015 - Art. 12 CCNL 24/07/03) retrib. al 100%

nei primi 12 anni di vita del figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□  **10 - congedo parentale** (Art. 9D.Lgs. 80/2015 - Art. 12 CCNL 24/07/03) retrib. al 30%

da 0 a 6 anni di vita del figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□  **11 - riduzione orario per allattamento** (Art. 39 D.Lgs. 151/2001)

nel 1° anno di vita del figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□  **12 - malattia del bambino** (Art. 47 D.Lgs. 151/2001 - Art. 12 CCNL 24/07/03)

fino a 3 anni di vita del figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□  **13 - malattia del bambino** (Art. 47 D.Lgs. 151/2001 )

dai 3 agli otto anni di vita del figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□  **14 - aspettativa** per motivi di famiglia/studio

1

2

3

□  **15 - LEGGE 104/92 –** Giorni già goduti nel mese

□  **16 - INFORTUNIO SUL LAVORO E MALATTIA DOVUTA A CAUSA DI SERVIZIO** (art. 20 ccnl 2006/09)

□  **17 - altro** caso previsto dalla normativa vigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indirizzo per la reperibilità durante l’assenza**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alla presente allegherà la seguente documentazione:**

**X N° DI CERTIFICATO TELEMATICO :**

* Per il punto 04 allega certificato medico o certificato attestante l’effettuata visita specialistica
* Per il punto 06 allega certificato dell’Ispettorato del Lavoro
* Per il punto 07 allega certificato recante data presunta del parto
* Per il punto 08 allega certificato medico-specialistico dell’ASL attestante che tale opzione non arreca pregiudizio alla salute

della gestante e del nascituro

* Per i punti 09-10-12-13 allega modulo di autocertificazione (più certificato med. di malattia del figlio solo per i punti 12 e 13).

Massafra,

**Vista la domanda: Firma del dipendente:**

**si concede**

**non si concede**

**Visto: il Direttore dei S.G.A. Visto: il Dirigente Scolastico**

**Sig.ra Summa Maria Dott. Nicola Latorrata**