

AL DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "Vanvitelli-Stracca-Angelini" - ANCONA
AL DSGA ISTITUTO D' ISTRUZIONE SUPERIORE "Vanvitelli-Stracca-Angelini" - ANCONA

Il/La sottoscritto/a

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di

Legge n. 133/2008 art. 71

Assenza per malattia riduzione del compenso accessorio

Data comunicazione al MEF _____ Prot. n. _____ A2 (riservato all'Ufficio)

Modulo da compilare a cura del: **PERSONALE A.T.A.**

CHIEDE

che gli/le vengano concessi i giorni sottoindicati: *contrassegnare con una X le voci che interessano*)

n. _____ giorni di **FERIE RELATIVE ALL'ANNO PRECEDENTE** art.13 CCNL 2007)- periodo dal _____ al _____

n. _____ giorni di **FERIE RELATIVE ALL'ANNO IN CORSO** art.13 CCNL 2007) - periodo dal _____ al _____

n. _____ giorni di **FESTIVITA' SOPPRESSE L. 937/77** art. 14 CCNL 2007) - periodo dal _____ al _____

n. _____ giorni / ore di **RECUPERO SOSTITUTIVO STRAORDINARI** - periodo dal _____ al _____

n. _____ ore di **PERMESSO BREVE** art. 16 CCNL 2007) - dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

n. _____ giorni/ore di **PERMESSO RETRIBUITO** art. 31 CCNL 2018)- periodo dal _____ al _____ per :

concorso/esami _____

particolare motivo personale/familiari (art. 31 c. 1 CCNL 2018):

lutto per perdita di (art. 15 c. 1 CCNL 2007) _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

(max 18 ore annue)

Autocertificazione _____

matrimonio (art. 15 CCNL 2007)

n. _____ giorni/ore (max 18 ore mensili) **permessi/congedi previsti per L. 104 del 5/2/1992** (art. 32 c. 1 CCNL 2018)
dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

n. _____ giorni per **MALATTIA** art. 17 CCNL 2007) - periodo dal _____ al _____

n. _____ giorni/ore per **VISITA SPECIALISTICA/ESAMI DIAGNOSTICI** dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____
(art. 33 c. 1 e 2 CCNL 20018)

n. _____ giorni di **ASPETTATIVA per MOTIVI DI FAMIGLIA** art. 18 CCNL 2007) - periodo dal _____ al _____
(allegare dettagliata richiesta motivata)

n. _____ giorni / ore di **PERMESSO SINDACALE** - periodo dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

n. _____ giorni / ore **ALTRO** _____ - periodo dal _____ al _____

Ancona, li _____

Firma del richiedente

Note:

Si autorizza

Eventuale diverso recapito:

Località _____

Via _____

Tel. _____

Il Direttore S.G.A.
Dott.ssa Emanuela Giannuzzi

FONOGRAMMA DEL _____ ORE _____

RICEVE _____

Il Dirigente Scolastico
Prof. Ing. Francesco Savore