AL DIRIGENTE SCOLASTICO
del **C**entro **P**rovinciale **I**struzione degli **A**dulti - **Avellino**
avmm09700d@istruzione.it

OGGETTO: Richiesta di congedo personale ATA a.s. 2023-2024.

Il/la sottoscritto/a_____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di □ DSGA-□ A.A.-□ C.S. con contratto a □ T.I./ □ T.D.

C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg._____ 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)* -

□ recupero compensativo a.s. _____

□ malattia *(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)* -
□ visita specialistica - □ day hospital □ ricovero ospedaliero - □ post convalescenza

□ permesso orario retribuito per MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI (max **18 ore**) *(art. 31 del C.C.N.L. 2016/2018)*
□ frazione di ore _____ (art. 31 comma b) - □ intera giornata ore 6 (art. 31 comma e)

□ permesso orario per visite - terapie - prest. spec. - esami diag. (max **18 ore)** (*art. 33 del C.C.N.L. 2016/2018)*
□ ore _____

□ permesso e congedi retribuiti *(art. 32 co. 4 del C.C.N.L. 2016/2018)* -
□ concorsi/esami (max 8) - □ lutto (max 3) - □ matrimonio (max 15) - □ donatori sangue/midollo

□ legge 104/92 *(art. 32 co. 1 del C.C.N.L. 2016/2018)* -
□ giorni _____ (max 3 mensili) - □ ore mensili _____ (max 18 mensili)

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

□ maternità:
□ interdizione dal lavoro ***(**)*** - □ astensione obbligatoria ***(**)***
□ astens. facolt. (art. 7 co.1 L. 1204/71 ***(*)*** - □ astens. fac. (art.7 co. 2 L. 1204/71) ***(**)***

□ 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. _____

***(*)* Motivaz. / Allegare dichiaraz. sostitutiva**: _____
***(**)* Allegare certificazione medica**

Avellino _____, Con Osservanza

_____

^^^