

Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "Niccolini-Palli"
Livorno

Il/la sottoscritto/a _____, in servizio presso questo istituto
in qualità di: **Docente** **DSGA** **AA** **AT** **CS** con contratto a **T.I.** **T.D.**

CHIEDE

che gli/le venga concesso un periodo di:

<input type="checkbox"/> Assenza per malattia	<input type="checkbox"/> Permesso retribuito art. 15 CCNL per Comma 1 <input type="checkbox"/> Concorsi (gg. 8 all'anno) <input type="checkbox"/> Lutto (gg. 3 ad evento) Comma 2 <input type="checkbox"/> Motivi pers./fam. (gg. 3 all'anno) <input type="checkbox"/> Ferie durante attività didattica (gg. 6 all'anno) Comma 3 <input type="checkbox"/> Matrimonio (gg. 15 consecutivi) Comma 7 <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> ATA recupero lavoro straordinario già effettuato
<input type="checkbox"/> Assenza per malattia* (vedi nota in calce)	
<input type="checkbox"/> Ferie a.c. <input type="checkbox"/> Ferie a.p. <input type="checkbox"/> allega prospetto sostituzioni	
<input type="checkbox"/> Festività soppresse (Legge 937/77)	
<input type="checkbox"/> Aspettativa per motivi di: <input type="checkbox"/> famiglia <input type="checkbox"/> personali <input type="checkbox"/> studio	
<input type="checkbox"/> Congedo per maternità <input type="checkbox"/> Interdizione <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria <input type="checkbox"/> Congedo parentale <input type="checkbox"/> Malattia del bambino <input type="checkbox"/> allega prospetto con specifiche	
<p>*Nota: Assenza per malattia causata da terzo responsabile Al fine di consentire all'Amministrazione di esercitare il diritto di rivalsa per ottenere il risarcimento del danno emergente subito, il sottoscritto si impegna a fornire alla scuola, entro 30 gg. dalla data odierna, una relazione in merito alle circostanze e la dinamica dell'evento, il nominativo del responsabile e dell'assicurazione vincolata in via solidale con lo stesso.</p>	

dal _____ al _____ tot. gg. _____
 dal _____ al _____ tot. gg. _____
 dal _____ al _____ tot. gg. _____
 per i giorni _____ tot. gg. _____
 Per motivi di _____

Allega/Allegnerà: _____

Recapito: _____ Tel.: _____

Livorno, li _____ Firma _____

 Il D.S.G.A. Favorevole
 Sambri Paola Sfavorevole

Motivi dell'eventuale diniego: _____

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Nedi Orlandini