



Istituto Comprensivo Statale "GIOVANNI VERGA"

Infanzia – Primaria - Secondaria ad Indirizzo Musicale
Via Pacini, 62 - 95029 – Viagrande (CT)
Tel. 0957894373 - Fax: 0957901476
C.F.81003650876

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL' I. C. S. " GIOVANNI VERGA " - VIAGRANDE - CT

Il sottoscritto _____,
(Cognome e Nome) _____ (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo _____
(indeterminato / determinato)

CHIEDE

di usufruire per il periodo dal _____ al _____ di complessivi n° _____ giorni di:

A	☐ FERIE * (note 1-2)	☐ relative al corrente A.S. ☐ maturate e non godute nel precedente A.S.
B	☐ FESTIVITÀ SOPPRESSE * previste dalla legge 23/12/1977, n° 937 (note 1-2)	
C	☐ PERMESSO RETRIBUITO per	☐ partecipazione a concorso/esame (nota 3) (fino a gg.8) ☐ lutto familiare (nota 4) (fino a gg.3) ☐ motivi familiari/personali (nota 5) (fino a gg.3) ☐ matrimonio (fino a gg.15) ☐ diritto allo studio: 150 ore per anno solare (nota 6) ☐ donazione sangue (nota 6) ☐ corso aggiornamento (nota 6) (fino a gg.5)
D	☐ MATERNITÀ * (nota 6)	☐ interdizione per gravi complicanze della gestazione ☐ ex astensione obbligatoria ☐ congedo parentale ex astensione facoltativa (bambino 1/8 anni) ☐ congedo parentale ex astensione facoltativa (malattia bambino)
E	☐ MALATTIA * (nota 7)	
F	☐ ASSENZA per *: (nota 6)	☐ visita medica ☐ prestazione specialistica ☐ accertamenti diagnostici
G	☐ ASPETTATIVA per * (nota 6)	☐ motivi di famiglia ☐ studio - dottorato di ricerca ☐ mandato parlamentare ☐ cariche elettive ☐ servizio militare ☐ coniuge all'estero
H	☐ ALTRO CASO previsto dalla normativa vigente (nota 8)	

(Compilare la parte posteriore della presente.)

Viagrande, _____
(data)

(firma del dipendente)

VISTO:	Si esprime parere favorevole	☐ Sì	☐ No	IL D.S.G.A Lucia Serges
	Si concede	☐ Sì	☐ No	Il Dirigente Scolastico Dott.ssa Patrizia Agata Nicolini

Note

1. *La concessione di ferie al personale è subordinata alle esigenze di servizio.*
 2. *Al personale docente sono concedibili durante l'attività didattica per non più di sei giorni, senza aggravio di spesa.*
 3. Tipo di concorso o esame / corso aggiornamento: _____
Deve essere opportunamente documentata l'effettiva partecipazione.
 4. Nome del defunto _____ rapporto di parentela _____
(parenti entro il 2° [coniuge, fratelli, sorelle] e affini entro il 1° [suoceri, nuore, generi])
(*Deve essere consegnata opportuna documentazione.*)
 5. Motivo: _____
- (*Deve essere consegnata opportuna documentazione.*)
- Deve essere consegnata opportuna documentazione.*
6. L'assenza deve essere comunicata, salvo l'ipotesi di comprovato impedimento, all'istituto tempestivamente, preferibilmente dalle ore 07,30, e comunque non oltre cinque minuti prima dell'inizio dell'orario di lavoro. La malattia deve essere attestata da regolare certificazione medica da far pervenire entro i cinque giorni successivi all'inizio della malattia o all'eventuale prosecuzione della stessa. Il dipendente è tenuto a rimanere presso il proprio domicilio durante tutti i giorni del periodo richiesto – compresi quelli festivi – dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00. Se nelle predette fasce orarie ha necessità di allontanarsi dall'indirizzo comunicato, per terapie, esami o altri giustificati motivi, deve darne preventiva comunicazione alla Scuola.
 7. Specificare nello spazio apposito. Deve essere consegnata, se prevista, opportuna documentazione.

DICHIARAZIONE PERSONALE

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civile previste nel caso di affermazioni mendaci,
DICHIARA,

sotto la propria personale responsabilità:

- 1 – di aver preso visione di quanto riportato nelle note e di aver compilato le seguenti note: ;
- 2 - che gli esami di cui al punto F della presente devono essere effettuati in orario antimeridiano poiché la struttura accertante non ha dato disponibilità nelle ore pomeridiane in cui il/la sottoscritto/a risulta libero/a dal servizio;
- 3 – * che nel predetto periodo di assenza dal servizio sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

Viagrande, _____

Firma del dichiarante

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO