



**ISTITUTO COMPRENSIVO DI CASTELNUOVO DON BOSCO,
COCCONATO, MONTIGLIO MONFERRATO (AT)**

Via Mercandillo, 24 – 14022 Castelnuovo Don Bosco (AT) – tel. 011 9927826
e-mail: atic80100b@istruzione.it – atic80100b@pec.istruzione.it
cod. fisc. 80006880050 – cod. min. ATIC80100B – www.iccastelnuovodonbosco.edu.it

Il / la sottoscritto/a _____, docente ATA
cognome e nome

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo indeterminato determinato
chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ - dalle ore _____ alle ore _____

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> relative al precedente A.S. <input type="checkbox"/> con sostituzione colleghi <small>(solo per docenti)</small>		I ORA Prof. _____ II ORA Prof. _____ III ORA Prof. _____ IV ORA Prof. _____ V ORA Prof. _____ VI ORA Prof. _____ VII ORA Prof. _____ VIII ORA Prof. _____
<input type="checkbox"/> recupero festività soppresse			
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per (*) <small>(art.15 del C.C.N.L. 2007) (art.31 del C.C.N.L. 2018)</small>	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso / esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi personali / familiari <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> art.33 L.104/92 (art.32 C.C.N.L. 2018)		

2D.L.151/2001)

<input type="checkbox"/> maternità <small>(allegare dichiarazione del coniuge)</small>	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <small>(art.17 comma)</small> <input type="checkbox"/> congedo maternità (D.L.151 del 26/03/2001 art. 12) (**) <input type="checkbox"/> congedo per malattia del figlio (D.L.151 del 26/03/2001 art. 19) (**) <input type="checkbox"/> congedo parentale: (D.L.151 del 26/03/2001)
---	--

nome figlio/a _____ data di nascita: _____

- permesso breve (art.16 C.C.N.L. Scuola)
- malattia – visita medica (**)(art.33 C.C.N.L. 2018)
- aspettativa per motivi di famiglia / studio (*)
- permesso non retribuito per _____ (*)
- altro caso previsto dalla normativa vigente (*) _____

Autodichiarazione ai sensi del D.P.R. n° 445 12/2000 _____

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via o piazza, n.ro civico, n.ro di telefono)

Castelnuovo Don Bosco

firma del dipendente

(*) allegare documentazione giustificativa
(**) allegare certificazione medica

- Registro
- Argo
- SIDI

IL COORDINATORE DI PLESSO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO