Liceo "Fabio Filzi"
Rovereto

Alla Dirigente Scolastica
Liceo "Fabio Filzi"
SEDE

OGGETTO: **RICHIESTA ASSENZA**

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di docente a tempo indeterminato determinato, in servizio presso codesto Istituto

c h i e d e

FERIE oppure FESTIVITA' SOPPRESSE (Art. 52, 53 e 60 del C.C.P.L. 2002/2005)

dal_____al_____per un totale di giorni _____

- si allega **schema sostituzione colleghi** (vedi retro)

PERMESSO RETRIBUITO (Art. 54 e 60 del C.C.P.L. 2002/2005)

dal_____al_____per un totale di giorni_____per:

motivi personali o familiari (max 3 giorni ad a.s. per gli stessi motivi spettano i 6 giorni di ferie durante le attività didattiche, anche con onere)
concorsi o esami (max 8 giorni ad a.s.)
lutti (coniuge, parenti entro II grado o affini di I grado spettano 3 giorni anche non consecutivi)
PARENTI II GRADO: GENITORI, FIGLI, NONNI, FRATELLI/SORELLE – AFFINI I GRADO: SUOCERI, NUORE, GERNERI
matrimonio (15 giorni consecutivi)

- si allega **documentazione giustificativa**

ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA/ STUDIO (Art. 59 del C.C.P.L. 2002/05) dal_____al _____

- la durata massima di tale aspettativa continuativa o cumulabile è di 1 anno
- si allega **documentazione giustificativa**

PERMESSO BREVE di ore _____
il giorno_____dalle_____alle_____classe/impegno _____

dalle_____alle_____classe/impegno _____
(Art. 55 e 60 del C.C.P.L. 2002/2005) - Fino ad un massimo di due ore di servizio effettivo da recuperare entro i due mesi lavorativi successivi.

ESONERO PER CORSI DI AGGIORNAMENTO/FORMAZIONE (Art. 76 del C.C.P.L. 2004) (max 5 giorni ad a.s.)

di ore_____il giorno_____dalle_____alle _____

partecipa in qualità di docente o discente _____

- **si allega documentazione giustificativa**

PERMESSO PER VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE (Art. 55 e 60 del C.C.P.L. 2002/2005)

di ore_____il giorno_____dalle_____alle _____

- si allega certificazione medico specialistica e autocertificazione eventuale tempo di viaggio (vedi retro)

AUTOCERTIFICA QUANTO SEGUE: _____

_____

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE _____

_____

DATA_____ IL/LA RICHIEDENTE _____

Vista la richiesta:
SI CONCEDE / SI RICONOSCE L'ASSENZA
NON SI CONCEDE

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Manuela Broz

NOTE

FERIE oppure FESTIVITA' SOPPRESSE (Artt 52 e 53 del C.C.P.L. 2002/2005 – art. 26 Accordo 17.10.2007)

- spettano **32 giorni lavorativi**
- spettano inoltre **4 giorni** (in aggiunta alle ferie) ad anno scolastico per festività
- i docenti devono fruirne durante i periodi di sospensione delle attività didattiche, tranne che per giorni 6, purché senza oneri.

SCHEMA SOSTITUZIONE COLLEGHI

ORA	CLASSE	DOCENTE	FIRMA
1° 7.45 – 8.40			
2° 8.40 – 9.30			
3° 9.30 – 10.30			
4° 10.30 – 11.20			
5° 11.20 – 12.10			
6° 12.10 – 13.10			
7° 13.10 – 14.00			
8° 14.00 – 14.50			
9° 14.50 – 15.40			

PERMESSO BREVE (Art. 55 del C.C.P.L. 2002/2005)

- compatibilmente con le esigenze di servizio, sono attribuiti, per particolari esigenze personali e a domanda, brevi permessi fino ad un massimo di due ore di servizio effettivo.
- i permessi complessivamente concessi non possono eccedere il rispettivo orario settimanale di insegnamento
- entro i due mesi lavorativi successivo a quello della fruizione del permesso, il dipendente è tenuto a recuperare le ore non lavorate

PERMESSO PER VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE (Art. 55 del C.C.P.L. 2002/2005)

- al personale è concesso di assentarsi dal lavoro per effettuare visite mediche specialistiche adeguatamente e debitamente documentate, per il tempo strettamente necessario. Il tempo utilizzato per il viaggio dovrà essere dichiarato dal dipendente.

DICHIARAZIONE TEMPO VIAGGIO PER VISITA MEDICA SPECIALISTICA

Il/La sottoscritto/a_____dichiara di aver impiegato:

dalle ore_____alle ore_____(totale ore/minuti_____:_____) per il viaggio di andata e

dalle ore_____alle ore_____(totale ore/minuti_____:_____) per il viaggio di ritorno.

_____
firma docente