|  |
| --- |
| **MODULO ASSENZE – PERMESSI**  |

LATO A

 Al Dirigente Scolastico

I. C. “D. CAMBELLOTTI” - ROCCA PRIORA - RM

PROT. N

DEL

I.C.“D. Cambellotti”

Rocca Priora (RM)

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO:** □ assenza per malattia □ assenza per visita specialistica (1) □ ricovero ospedaliero

Permesso: □ retribuito □ con riduzione dell'80% / 30% □ non retribuito

□ permesso Legge 104/92 – giorni già goduti nel mese: \_\_\_\_\_\_\_\_

□ permesso retribuito per motivi familiari/personali (2) – giorni già goduti:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

permesso retribuito per motivi di: □ lutto □ matrimonio □ concorsi / □ esami / □ studio

aspettativa senza retribuzione per motivi di: □ famiglia □ studio □ altro

 □ **Permesso D.Lgs 151/01:**

* Astensione Obbl. Compl. Gest.(\*)
* Astensione Obbl. Gravidanza (\*)
* Astensione Obbl. Puerperio (\*)
* Congedi Parentali 1-8 anni bambino (\*)
* Congedi Parentali 1-3 anni malattia bambino 1° Anno (\*)
* Congedi Parentali 1-3 anni malattia bambino 2° Anno (\*)
* Congedi Parentali 1-3 anni malattia bambino 3° Anno (\*)

Il/La sottoscritt \_\_ dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con □ CTI □ CTD in servizio presso il Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di questo Istituto a conferma del fonogramma pari data

**COMUNICA / CHIEDE (3)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (4) per complessivi giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_

precisamente dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Turno di servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Classe \_\_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_

**ALLEGA:** □ certificato medico con prognosi e garantisce la reperibilità nelle seguenti fasce orarie:

 dalle ore 09,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 18,00 anche nei giorni non lavorativi e festivi.

**□ documentazione per permessi retribuiti; □ documentazione D.Lgs 151/01 (\*);**

□ documentazione aspettativa motivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durante il periodo di assenza il/la sottoscritto/: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ terrà il suo domicilio in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e dichiara che al termine dell'assenza riprenderà regolarmente servizio, salvo diversa comunicazione.

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(1) Compilare anche il LATO B del modulo**

**(2) Allegare documentazione anche mediante autocertificazione**

**(3) Cancellare “chiedere” nel caso di assenza per malattia o “comunica” in tutti gli altri casi;**

**(4) Inserire la causale della richiesta.**

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

Richiesta telefonica del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ protocollo n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARERE DEL D.S. □ SI AUTORIZZA

□ NON SI AUTORIZZA PERCHÈ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

*(Profssa. Laura Micocci)*

|  |
| --- |
| **MODULO ASSENZE / PERMESSI**  |

 LATO B

Al Dirigente Scolastico

I.C.“D. Cambellotti”

Rocca Priora (RM)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorno/i di assenza per malattia (ai sensi della C.M. 301 del 27/06/1996), per visita specialistica presso la struttura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il/i giorno/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

In base all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria personale responsabilità:

a) Che è stato possibile prenotare solo in orario coincidente con le ore di lavoro;

b) Che non è stato possibile prenotare in un giorno libero;

c) Che la prenotazione è prevista per le ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso la suddetta struttura che osserva il seguente orario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Allego la prenotazione ovvero consegnerò alla segreteria dell'Istituto il “promemoria” che ho richiesto contestualmente alla prenotazione telefonica da inviare al mio indirizzo.

d) Che sarà consegnata la certificazione rilasciata dalla struttura pubblica che attesti la giornata dell'assenza contenente l'indicazione dell'ora in cui è avvenuta la prestazione.

Il sottoscritto si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prenotazione ed è a conoscenza dell'art. 17 – Assenze per malattia – del CCNL del 30 novembre 2007, della Legge 133/2008 e della Circolare n.8 del 05/09/2008 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

***Rocca Priora, lì*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***In fede***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nota bene: La Dirigenza effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate.

**Per presa visione**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

*(Prof.ssa Laura Micocci)*