

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

con contratto a tempo indeterminato/determinato plesso \_\_\_\_\_

Infanzia/Primaria/Secondaria 1° grado classe \_\_\_\_\_ turno \_\_\_\_\_

chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di:

- Ferie  relative al corrente a.s.
  - Festività soppresse dalla legge 23/12/1977 n.973  maturate e non godute
  - Malattia n. cert. \_\_\_\_\_  visita specialistica  ricovero ospedaliero
  - Permesso per motivi personali/familiari
  - Permesso breve per il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per un
- totale di ore \_\_\_\_\_ che verrà recuperato il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- Recupero (ATA)
  - Permesso per lutto familiare
  - Permesso per:  corsi agg.to  concorso  esami
  - Permesso per matrimonio

Permesso per Legge 104/92 (art.33,c.3 e art.15, c.6 CCNL 29.11.07)

**ASSISTENZA PORTATORI HANDICAP** - A tal fine dichiara che la persona con handicap non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati; che chi scrive è l'unico familiare che assiste la persona con handicap che è l'unico che lo possa fare; che nessuno dei parenti o affini che assistono il portatore di handicap beneficia dei permessi. Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente variazioni che dovessero intervenire nella situazione sopra descritta.

Permesso per legge 104/92 (art.33,c.3 e art.15,c.6 CCNL 29.11.07)

**PORTATORI DI HANDICAP**

- Congedi parentali:  astensione obbligatoria (ex art.4 L.1204/71)  astensione facoltativa (ex art.7 L.1204/71)  malattia del bambino
- Aspettativa per motivi di  studio  famiglia

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

Si allega:  documentazione  autocertificazione

Roma, \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

---

Il Dirigente Scolastico  
(Capone Antonietta)