1. ****
2. **ISTITUTO COMPRENSIVO “EDMONDO CAVICCHI”**

**SCUOLA DELL’INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI I° GRADO**

**VIA CIRCONV. LEVANTE N. 61 – 40066 PIEVE DI CENTO (BO)**

**Tel. (051) 975001 – Fax (051) 973203**

 AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO DI PIEVE DI CENTO (BO)

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

in servizio con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede alla S.V. di

poter usufruire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un totale di giorni (\_\_\_\_\_\_\_\_) di:

 1 □ Assenza per malattia:

□ per motivi di salute

□ visita medica presso A.S.L.

□ visita medica presso struttura privata

□ ricovero ospedaliero Day Hospital

□ convalescenza a seguito ricovero ospedaliero

□ oraria: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ( Contratto a Tempo Indeterminato - Personale ATA )

 2 □ Permesso retribuito per concorso ed esami ( Contratto a Tempo Indeterminato )

 3 □ Permesso giornaliero retribuito per motivi personali o familiari ( Contratto T.I. - Docenti )

 4 □ Permesso orario retribuito per motivi personali o familiari ( Contratto a T.I. - Personale ATA )

 □ h. 6

 □ orario: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per un totale di ore ( \_\_\_\_\_ )

 5 □ Permesso non retribuito per concorso ed esami ( Contratto Tempo Determinato )

 6 □ Permesso non retribuito per motivi personali o familiari ( Contratto Tempo Determinato )

 7 □ Permesso retribuito per evento luttuoso

 8 □ Permesso retribuito per matrimonio (gg. 15 consecutivi)

 9 □ Permesso donazione sangue

10 □ Assenza per infortunio e malattia dovuta a causa di servizio

11 □ Assenza per grave patologia

12 □ Ferie

13 □ Festività soppresse

14 □ Ferie (per i soli docenti) durante attività didattica (gg. 6)

15 □ Recupero lavoro straordinario già effettuato

16 □ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega:

 □ certificato medico

 □ certificato ricovero ospedaliero

 □ certificazione relativa alla struttura sanitaria per visita medica

 □ motivazione richiesta permesso (autocertificazione) dal numero 2 al numero 9

Dichiara che il proprio recapito nel suindicato periodo è il seguente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e che il numero telefonico o numero fax dell’ A.S.L. di competenza per effettuare eventuale visita fiscale è il seguente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieve di Cento, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ F.to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Per i collaboratori scolastici: in caso di richiesta ferie durante attività didattiche apporre le firme dei colleghi per accettazione della sostituzione senza effettuazione di straordinario.**