** ** 



|  |  |
| --- | --- |
| I.I.S. ITE ”V. Cosentino”-IPAA “F. Todaro” RENDE*Via Repaci 87036 Rende (CS) Tel.0984/466540 – Fax 0984/462384Web:* [*www.iisrende.gov.it*](http://www.iisrorende.gov.it) *- mail: csis07400x@istruzione.it* | **Istituto Tecnico settore economico ”V. Cosentino”*** **Amministrazione, finanza e marketing**
* **Turismo**

**Istituto Tecnico settore tecnologico ”F. Todaro”*** **Chimica, materiali e biotecnologie**

**Istituto Professionale settore servizi ”F. Todaro”*** **Enogastronomia e ospitalità alberghiera**
* **Agricoltura e lo sviluppo rurale**
 |

Prot.n. ………………… del …………..

Il/la sottoscritto/a \_\_

i**n servizio presso codesto Istituto** in qualità di docente □ docente materia : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Sede ITE / □ IPAA

□ con contratto a tempo □indeterminato □determinato





**C H I ED E**

alla S.V. di assentarsi per gg dal \_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ ferie *(ai sensi dell’art. 13 del C.C.N.L. 2016-2018)* □ a.s. precedente - □ a.s. corrente



□ festività soppresse *(previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)*



□ recupero: □ ore eccedenti già prestate - □ lavoro straordinario n. ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_

lavoro straordinario giornata del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ malattia *(ai sensi dell’art. 17 del C.C.N.L. 2018):*

□visita specialistica - □ ricovero ospedaliero - □ analisi cliniche

□ permesso retribuito *(ai sensi dell’art. 15 del C.C.N.L. 2018):*

□concorsi/esami - □ motivi personali/familiari - □ lutto - □ matrimonio

aspettativa per motivi di: *(ai sensi dell’art. 18 del C.C.N.L. 2018):*

□famiglia - □ lavoro - □ personali - □ studio

□ legge 104/92 - giorni già goduti nel mese: □ 1 - □ 2 - □ 3



□ infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio *(ai sensi dell’art. 20 del C.C.N.L. 2018)*



□ altro caso previsto dalla normativa vigente:



Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ SI ALLEGA



Rende ………………….

 Con osservanza

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

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

 Vista la domanda

  **si concede**

 **non si concede**

 Il Dirigente Scolastico

 Dott.ssa Concetta Nicoletti