

Al Dirigente Scolastico  
I.S.I.S. Da Vinci – Pascoli  
Viale dei Tigli, 38  
21013 Gallarate (VA)

Gallarate, \_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso questo istituto \_\_\_\_\_

**CHIEDE di assentarsi dal servizio**

Dal giorno: \_\_\_\_\_ al giorno: \_\_\_\_\_

**Per la seguente motivazione**

<p><b>PERMESSO RETRIBUITO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Concorsi od esami (*)</li><li>• Matrimonio (*)</li><li>• Motivi personali o famiglia (3 gg. all'anno art.31 CCNL 16/18 e succ.)(*)(**)</li><li>• a giornata</li><li>• a ore dalle .....alle.....</li><li>• <b>Permesso per espletamento visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici. art.33 CCNL 16/18 e succ.</b></li><li>• a giornata</li><li>• a ore dalle.....alle.....</li><li>• Nascita figli (*)</li><li>• Lutto</li><li>• Riposo per donazione sangue (*)</li><li>• Ore studio</li><li>• sindacale (*)</li><li>• funzione ai seggi elettorali (*)</li><li>• dipendente portatore di handicap (*)</li><li>• assistenza portatori di handicap non ricoverato a tempo pieno (*)</li><li>• funzioni di amministratore locale (*)</li><li>• funzioni di giudice popolare</li><li>• cure inerenti lo stato di invalidità (*)</li><li>• attività di protezione civile (*)</li></ul> <p>• <b>PERMESSO NON RETRIBUITO</b></p>	<p><b>RECUPERO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PERMESSO</b> breve con recupero (dalle ore _____ alle ore _____)***</li><li>• <b>PERMESSO</b> con recupero ore straordinario mesi precedenti</li></ul> <p><b>ASPETTATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Motivi personali o di famiglia (*) (**)</li><li>• Servizio di leva (*)</li><li>• Richiamo alle armi (*)</li><li>• Funzioni pubbliche elettive (*)</li><li>• Attività in paesi di sviluppo (*)</li><li>• Candidatura elettorale (*)</li><li>• Dottorato di ricerca, borsa di studio (*)</li><li>• Assistenza portatore di handicap (*) a ore dalle.....alle.....</li></ul> <p><b>ASSISTENZA PER MATERNITA'</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Astensione facoltativa (*)</li><li>• post partum per allattamento (*) (**)</li><li>• malattia figlio (*)</li><li>• visita medico gestante (*)</li><li>• congedi parentali (*)</li></ul> <p><b>MALATTIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• assenza per malattia art. 17 comma 1</li><li>• assenza per malattia art. 17 comma 2</li></ul>
---	---

\* Documentazione: Già presentata  Allegata  Segue

\*\* Specificare di seguito le motivazioni della richiesta:

\*\*\* specificare di seguito l'orario proposto:

**RECUPERO IL GIORNO** \_\_\_\_\_ (minuti da recuperare n. \_\_\_\_\_)

La presente comunicazione conferma il preavviso telefonico trasmesso il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ricevuto dal sig. \_\_\_\_\_

EVENTUALE RECAPITO DURANTE LE FERIE \_\_\_\_\_

Il/La Dipendente \_\_\_\_\_

**VISTO SI AUTORIZZA**

La D. S. G. A.  
Dott.ssa Stefania Rizzi

La Dirigente Scolastica  
Dott.ssa Nicoletta Danese