RISERVATO ALLA SEGRETERIA
COMUNICAZIONE TELEFONICA DI ASSENZA_DEL_____

Timbro Protocollo

Il/la sig./sig.ra _____   _____
(coll.scol. – docente – ass.amm.vo)

di scuola _____ ha telefonato alle ore _____
(infanzia-primaria-secondaria I grado)

per comunicare che sarà assente per motivi di _____

dal _____ al _____

Riceve _____

Note _____

Indirizzo_____

RISERVATO AL DIPENDENTE

Al Dirigente dell'Istituto Comprensivo di Valfabbrica

_l_ sottoscritt_ _____ nat_ a _____il _____

(*Barrare il quadratino relativo*)
☐ Docente   ☐ Sc. dell'Infanzia   ☐ Sc. Primaria   ☐ Sc. Secondaria I Grado
☐ Pers. A.T.A. ☐ D.S.G.A.   ☐ Assistente Amm.vo   ☐ Collaboratore Scolastico
con contratto a tempo   ☐ DETERMINATO   ☐ INDETERMINATO
in servizio presso la Scuola _____

C H I E D E n° _____ gg. dal _____ al _____ di:

☐   **Ferie**:☐ (6 gg. nell'A.S. - Art. 13 c. 9 - CCNL 2006/2009)   ☐ (3 gg. nell'A.S. - Art. 15 c. 2 - CCNL 2006/2009)
☐   **Ferie:** (Artt. 13 e19 - CCNL 2006-2009☐ relative al corrente a.s. ____☐ maturate e non godute nel prec. a. s. ____
☐   **Festività Soppresse L. 937/77** (Art. 14 CCNL 2006-2009)
☐   **Permesso Retribuito** (Artt. 15 e 19 CCNL 2006-2009) **per:**
   ☐ *Concorsi ed esami(T.I.)* ☐ *Lutto* ☐ *Particolari motivi pers. o familiairi (T.I)* ☐ *Matrimonio*
   ☐ *Partecipazione ad iniz. di formazione*   ☐ *Legge 104/92*

☐   **Assenza per malattia** *(T.I.)* (Art 17 CCNL 2006-2009) **(2)** (18 m. nel triennio)
☐   **Assenza per malattia** *(T.D.)* (Art 19 c. 4 CCNL 2006-2009) **(2)**
☐   **Assenza per malattia** *(T.I.)* (ulteriore periodo) **(2)**
☐   **Assenza per gravi patologie** (Art. 17, c. 9 CCNL 2006-2009)
☐   **Aspettativa per motivi di famiglia, di lavoro, personali e di studio**
    (Art. 18 CCNL 2006-2009)

SE VISITA MEDICA SPECIFICARE:
Luogo_____
_____
Orario_____

Al rientro allegare Cert. Struttura
Sanitaria **(3)**
☐ **Barrare se Dav Hospital**

☐   **Astensione obbligatoria,** (Art. 12 CCNL 2006-2009) Data presunta parto _____
☐   **Congedo Parentale 1 - 8 anni** (D. Leg.vo 151/26.3.2001) **(1)** (*)
☐   **Congedo Malattia del figlio** (D. Leg.vo 151/26.3.2001) **(1)** (*)

(**1**) Data Nascita Figli_ _____ Nome e Cognome _____

(*) A tal fine dichiaro, ai sensi dell'art.4 L.15/68 che l'altro genitore _____ nato a _____ il _____ nello stesso
   periodo non è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo perché:
   ☐ non è lavoratore dipendente   ☐ pur essendo lavoratore dipendente presso _____
                      non intende usufruire dell'assenza per il motivo suddetto.
                      Firma Docente/ATA _____

   Dichiaro inoltre il TOT. GG. GIA' FRUITI :   PADRE   _____

                            MADRE   _____

☐   **Altro** (indicare la disposizione di Legge)_____

(**2**) Durante l'assenza il proprio recapito è: _____

_l_ sottoscritt_ dichiara di essere a conoscenza che, in caso di visita fiscale, dovrà garantire la presenza all'indirizzo risultante
all'amministrazione dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00 di tutti i giorni (D.P.C.M. n° 206 del 18.12.2009).

(**3**) **SI ALLEGA**: _____

☐ Cert. Struttura sanitaria _____ /Specifica Visita effettuata
                            (FIRMA)

Comunicazione Assenza

Data _____

                                                     _____

Comunicazione Assenza