



ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SUPERIORE PER I SERVIZI SOCIALI

Istituto Professionale Area Socio-Sanitaria

Liceo delle Scienze Sociali

Sede : Via Brembilla 3 – 24129 **BERGAMO** - ☎ 035 260525 – 📠 035 2650858

Succursale: Via Nini da Fano – 24129 **BERGAMO**

Cod.Min. BGIS026005 – Codice Fiscale 95165290164 - 🇮🇹

MODULO PERS ASS N. 2: ASSENZE PERSONALE ATA A T.D.

Prot. n° _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.S.I.S. PER I SERVIZI SOCIALI
BERGAMO

Il / la sottoscritt _____ in servizio presso questo
istituto per l'a.s. _____ / _____ in qualità di _____ con contratto di lavoro a **tempo determinato**

CONSIDERATO che il residuo di ferie per l'a.s. _____ è di gg. _____ (1)
CONSIDERATO che il residuo di festività sopresse per l'a.s. _____ è di gg. _____ (1)

COMUNICA

Che si assenterà nel periodo

DAL _____ AL _____ per complessivi gg. _____

Per la seguente motivazione:

- ⑥ **Ferie**
(art.19 CCNL 2002/05)
 - ⑥ maturate e non godute nell'a.s. _____ / _____
 - ⑥ relative all'a.s. _____ / _____
 - ⑥ relative all'a.s. _____ / _____ (da godere entro l'anno solare _____)
- ⑥ **Festività sop.L.937/77**
(art. 14 CCNL 2002/05)
 - ⑥ relative al corrente a.s. _____ / _____

Durante tale assenza il/la sottoscritt _____ sarà sostituit _____ da _____

- ⑥ **Assenza per salute ***
(art. 19 CCNL 2002/05)
 - ⑥ malattia
 - ⑥ infortunio
 - ⑥ visita specialistica **
 - ⑥ day hospital
 - ⑥ ricovero
 - ⑥ grave patologia
- ⑥ **Permessi retribuiti *****
(art. 19, commi 9 e 12, CCNL 2002/05)
 - ⑥ lutto familiare (3 gg. per evento)
 - ⑥ matrimonio (15 gg.)
- ⑥ **Permessi non retribuiti *****
(art.19, comma 7, CCNL 2002/05)
 - ⑥ motivi personali o familiari (6 gg. per a.s)
 - ⑥ partecipazione a concorsi/ esami (8 gg. per a.s.)
 - ⑥ esercitare il diritto di voto
 - ⑥ altro _____
- ⑥ **Aspettativa per motivi di famiglia / studio *****
(art. 18 comma 1 e 2 CCNL 2002/05)

Recapito _____

(Obbligatorio in caso di malattia)

(1) Parte da compilare sempre

* Allegare certificazione medica

** Le assenze per visite mediche specialistiche o accertamenti diagnostici devono essere pari o superiori alla metà dell'orario di lavoro giornaliero, in caso contrario, il dipendente può usufruire a richiesta di un permesso orario a recupero. La certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione deve, comunque, precisare durata della stessa (Circ. 301 del 27/06/96).

*** Allegare documentazione giustificativa o autocertificazione

DATA _____

FIRMA _____

VISTO

⑥ Si concede ⑥ Non si concede

Il responsabile del settore

VISTO

Si concede / non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Giovanna Gargantini



ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SUPERIORE PER I SERVIZI SOCIALI

Istituto Professionale Area Socio-Sanitaria

Liceo delle Scienze Sociali

Sede :Via Brembilla 3 – 24129 **BERGAMO** - ☎ 035 260525 – 📠 035 2650858

Succursale: Via Nini da Fano – 24129 **BERGAMO**

Cod.Min. BGIS026005 – Codice Fiscale 95165290164 - 🇮🇹