



Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca

Istituto Comprensivo Cucciago – Grandate – Casnate

Via S. Arialdo,27 - 22060 Cucciago (Como)

Tel: 031 725030 - Fax: 031 787699

e-mail uffici: coic84200n@istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale
22060 Cucciago (CO)

OGGETTO: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO.

Il/la sottoscritto/a _____,

Cognome e Nome

qualifica

in servizio presso codesto Istituto con contratto a tempo _____

indeterminato/determinato

chiede alla S.V. di poter usufruire di:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> FERIE <input type="checkbox"/> relative al corrente anno scolastico <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente anno scolastico <input type="checkbox"/> art.13 c.9 CCNL 2006/09 Ferie anticipate (<i>solo docenti - max 6 gg</i>) (allegare mod.422 - Richiesta ferie anticipate) | dal _____ al _____ gg _____ dal _____ al _____ gg _____ per complessivi n _____ gg |
| <input type="checkbox"/> FESTIVITA' previste dalla Legge 23 dicembre 1977, n. 937 | dal _____ al _____ per complessivi n. 4 gg |
| <input type="checkbox"/> PERMESSO RETRIBUITO <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame (<i>non retribuito per il personale a tempo determinato</i>) <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi personali / familiari - mod.414 da allegare (<i>non retribuito per il personale a tempo determinato</i>) <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> legge 104/92 <input type="checkbox"/> diritto allo studio <input type="checkbox"/> altro _____ | dal _____ al _____ gg _____ dal _____ al _____ gg _____ |
| <input type="checkbox"/> PERMESSO NON RETRIBUITO (<i>nel caso di motivi personali / familiari allegare autocertificazione</i>) | dal _____ al _____ gg _____ |
| <input type="checkbox"/> RECUPERO COMPENSATIVO | dal _____ al _____ gg _____ |
| <input type="checkbox"/> MALATTIA <input type="checkbox"/> motivi di salute art.17-19 CCNL 2006/09 <input type="checkbox"/> gravi patologie <input type="checkbox"/> infortunio <input type="checkbox"/> altro | dal _____ al _____ gg _____ |

Recapito: via _____

Località _____

Tel. _____

FIRMA

Data _____

CONSEGNA TO IN ORIGINALE

ANTICIPATO VIA FAX

Nei dovuti casi, la richiesta si considera accettata in assenza di diniego formale entro 5 gg. dalla data di presentazione.