

Alla Dirigente Scolastica
I.P.S.E.O.A. "E. Cornaro"
Viale M. Luther King, 5
30017 - Jesolo Lido (Ve)

Il/la sottoscritto/a

in servizio presso questo Istituto in qualità di:

<input type="checkbox"/> Insegnante laureato <input type="checkbox"/> Insegnante diplomato <input type="checkbox"/> Insegnante di religione	<input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Determinato (fino al 31 agosto) <input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Determinato (fino al termine delle attività didattiche) <input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Determinato (fino al termine delle lezioni) <input type="checkbox"/> con contratto a Tempo Determinato (supplenze brevi)
---	---

- **COMUNICA** alla S.V. l'assenza per **malattia** dal/...../..... al/...../....., per giorni
(numero certificato telematico.....)

visita specialistica [] presso

- **CHIEDE** alla S.V. di essere collocato/a dal/...../..... al/...../....., per giorni in:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> permesso per matrimonio (gg. 15 consecutivi fruibili da una settimana prima fino a due mesi successivi all'evento – per personale a T.D. entro i limiti temporali del contratto)

<input type="checkbox"/> permesso per esami/concorsi (gg. 8 per a.s. – per il personale a T.D. non sono retribuiti)

<input type="checkbox"/> permesso per lutto (gg. 3 per evento- per perdita di: coniuge, parenti entro il 2° grado, soggetto componente la famiglia anagrafica, affini di primo grado)

<input type="checkbox"/> permesso per motivi personali o familiari (gg. 3 per a.s.- documentati anche con autocertificazione)

<input type="checkbox"/> permesso orario (ore n°)- non possono superare la metà dell'orario giornaliero di servizio e per il personale docente comunque fino ad un massimo di due ore) | <input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro

<input type="checkbox"/> gravi patologie

<input type="checkbox"/> aspettativa per famiglia

<input type="checkbox"/> Legge 104/1992
Per assistenza Sig. _____

<input type="checkbox"/> altro : _____ |
|--|---|

Allega alla presente:

Jesolo Lido,/...../..... firma

rif. normativi: C.C.N.L. del 29 novembre 2007 – C.C.N.L. del 09 febbraio 2018

Trattamento economico		
<input type="checkbox"/> Retribuzione: intera <input type="checkbox"/> Retribuzione: ridotta al 50%	<input type="checkbox"/> Retribuzione: ridotta al 30% <input type="checkbox"/> Retribuzione: senza assegni	
RITENUTA accertata la malattia del dipendente, come da unita attestazione LA DIRIGENTE SCOLASTICA <i>prof.ssa Simona Da Re</i>	VISTO: è concesso LA DIRIGENTE SCOLASTICA <i>prof.ssa Simona Da Re</i>	VISTO: non è concesso LA DIRIGENTE SCOLASTICA <i>prof.ssa Simona Da Re</i>

Si fa presente che l'**assenza** per **malattia** deve essere comunicata non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui si verifica e che la certificazione medica, con l'indicazione della sola **prognosi**, va recapitata o spedita entro i due giorni successivi all'inizio della malattia.

E' disposta da parte dell'Amministrazione la **visita fiscale**.

Durante l'assenza il/la sottoscritto/a sarà reperibile:

- al proprio domicilio
 - al seguente indirizzo

 - nelle fasce orario dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 18.00
 - nelle seguenti fasce orarie:
dalle alle e dalle alle, per i seguenti motivi di cui si allega la seguente documentazione:
-