**PERSONALE ATA**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO D'ISTRUZIONE
SUPERIORE "F. BRUNELLESCHI" ACIREALE

Il/la sottoscritto/a_____

**in servizio presso codesto Istituto** in qualità di_____

con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

**C H I ED E**

alla S.V. di assentarsi per gg._____dal_____al_____per:

□ malattia *(ai sensi dell'art.17 del C.C.N.L. 2006/2009)*
□ visita specialistica - □ ricovero ospedaliero - □ analisi cliniche □ grave patologia
□ day-hospital

□ permesso retribuito per motivi personali/familiari *(art.31 del C.C.N.L. 2016/2018)*
n. ore_____ dalle 8:00 alle 14:00

□ permessi retribuiti per:
□ concorsi/esami - □ lutto - □ matrimonio

□ permessi retribuiti per espl. visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici *(art.33 C.C.N.L./2018)*
n. ore_____ dalle_____ alle _____

□ aspettativa per motivi di: *(ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)*
□ famiglia - □ lavoro - □ personali - □ studio

□ permessi legge 104/92 (art.33, comma 3, L.5/2/92, n.104) n. ore 1

□ permessi e congedi per documentata grave infermità per coniuge/convivente o parente entro il secondo grado *(art.4, comma 1. L. 53/2000)*

□ infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio *(ai sensi dell'art.20 del C.C.N.L. 2006/2009)*

□ altro caso previsto dalla normativa vigente: _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in _____

via_____n°_____tel. _____

- SI ALLEGA_____

Acireale li, _____

Con Osservanza

_____

^^^