

.....l..... sottoscritt.....in servizio presso

codestascuolainqualità di DOCENTE ATA  a tempo determinato  a tempo indeterminato  
chiede n. gg.....(dal.....al..... ) di congedo per motivi di :

- Salute ( certificato medico)
- Salute : visita specialistica (si allega certificato medico) + \*
- Permesso Retribuito:

	Famiglia per ..... .....(3gg ad a.s. specificare la motivazione) – usufruiti ad oggi n.... gg.
--	---

	L. 104 Art. 33 comma 3 (gg. 3 al mese) – usufruiti ad oggi n.... gg
--	---

	Lutto (coniuge- parenti entro il 2° grado o affini 1° grado : gg. 3 anche non consecutivi per evento)
--	---

	Matrimonio (gg. 15)
--	---------------------

	Concorsi (gg. 8 ad a.s. compreso viaggio) – usufruiti ad oggi n.... gg.
--	---

	Motivi di studio (ex 150 ore) usufruiti ad oggi n.... gg
--	--

	Altri motivi..... .....
--	----------------------------

- Ferie a.s...../.....  Festività Soppresse a.s...../.....
- Astensione obbligatoria per maternità : dal.....al.....
- Astensione obbligatoria per puerperio : dal.....al.....
- Astensione facoltativa per maternità : usufruiti ad oggi n.... gg.
- Congedo parentale per malattia figlio entro il 3° anno di età – usufruiti ad oggi n.... gg
- Congedo parentale per malattia figlio tra i 3 e gli 8 anni di età (senza retribuzione)– usufruiti ad oggi n....gg
- Congedo parentale per figlio 1-12 anni di età – usufruiti ad oggi n....gg

....., .....  
Luogo e data Firma  
\*= .....l..... sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità e ai sensi della normativa vigente, che la suddetta prestazione sanitaria non poteva essere effettuata al di fuori del proprio orario di servizio.

....., .....  
Luogo e data Firma

Recapito : indirizzo.....tel.....  
(obbligatorio in caso di richiesta di permesso per salute e per ferie)