



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO PROFESSIONALE STATALE INDUSTRIA, ARTIGIANATO E SERVIZI
"ORAZIO OLIVIERI"

Viale Mazzini, 65 - 00019 TIVOLI Tel. 06 121125445 - Fax 0774 318758 - Distretto 34
 Codice Meccanografico RMRI08000G - Codice Fiscale 86001080588 - Codice univoco UFNEZS
 Sede Associata: Via Zambecari, 1 - 00012 Guidonia Montecelio - Distretto 33
rmri08000g@pec.istruzione.it - rmri08000g@istruzione.it - www.ipiasolivieri.gov.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'IPIAS "O. OLIVIERI"
 Inviare a: assenzepersonale@ipiasolivieri.edu.it

OGGETTO: RICHIESTA ASSENZA – artt. 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, e 20 CCNL 29/11/07

Il sottoscritto _____ nato a _____

il ___/___/___, in servizio presso questo istituto in qualità di _____

DOCENTE/ATA A TEMPO INDETERMINATO
 A TEMPO DETERMINATO ANNUALE/TEMPORANEO

CHIEDE

di poter usufruire ai sensi del vigente CCNL di gg _____ dal _____ al _____ per il seguente motivo

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recupero festività soppressa | <input type="checkbox"/> Ferie anno corrente |
| <input type="checkbox"/> Ripos. Comp. Lavoro Straordinario | <input type="checkbox"/> Ferie anno precedente |
| <input type="checkbox"/> Permesso Retribuito | |
| <input type="checkbox"/> Partecipazione esami/concorso | <input type="checkbox"/> Permesso port./accom. H (3gg) |
| <input type="checkbox"/> Motivi personali/familiari | <input type="checkbox"/> Matrimonio |
| <input type="checkbox"/> Lutto familiare | <input type="checkbox"/> Gravi Motivi di famiglia L. 537 |
| <input type="checkbox"/> Assenza per malattia | |
| <input type="checkbox"/> Assenza per gravi patologie | |
| <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria maternità per _____ | |
| <input type="checkbox"/> Astensione facoltativa generale figlio di età inferiore a 3 anni | |
| <input type="checkbox"/> Astensione facoltativa malattia figlio di età inferiore a 3 anni | |
| <input type="checkbox"/> Astensione facoltativa malattia figlio di età superiore a 3 anni | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO _____ | |

Si allega

- Certificato medico
 Attestato partecipazione esami/concorso
 Altro _____

In Fede

Tivoli, Data _____

Firma _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
 Prof. Carmine Gallo

SI CONCEDE

NON SI CONCEDE

