

__ L __ sottoscritt __ (COGNOME E NOME) in servizio presso questa Istituzione Scolastica nel corrente A. S. 2026/2027
in qualità di __ PLESSO __ con contratto a tempo __,

CHIEDE

alla S. V. di assentarsi dal servizio per il seguente motivo, ai sensi del CCNL 29/11/2007, CCNL 19/04/2018 e CCNL 18/01/2024

☐ Malattia	☐ Malattia Visita specialistica (si riserva di allegare attestazione/certificato, ANCHE IN ORDINE ALL'ORARIO , di effettuazione della visita)	
☐ Malattia - Invalidità/Causa Serv Tab A ed E D.P.R. 834/81		
☐ Malattia Ricovero ospedaliero/day hospital (Si allega certificato ricovero e/o dimissioni)	☐ Infortunio sul lavoro	
☐ Permesso retribuito <u>indicare tipologia</u>  ALLEGARE MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE	☐ partecipazione a concorsi ed esami ☐ lutto familiari ☐ motivi personali/familiari ☐ matrimonio ☐ diritto allo studio (150 ore) ☐ partecipazione a iniziative di aggiornamento/convegni Amm.ne ☐ fruizione del diritto alla formazione	
☐ Permesso non retribuito		
☐ Permesso L. 104/92 art. 21	☐ Permesso L. 104/92 art. 33	☐ Allega autocertificazione
☐ permesso donatori di sangue	☐ permesso per gravi motivi personali/familiari (l. 53/2000 art. 4 c. 1)	
☐ congedo di maternità (ex astensione obbligatoria) (Si allega copia del Certificato medico con data presunta del parto)	☐ interdizione per gravi complicazioni nella gestazione (Si allega copia certificato medico e copia istanza Ispettorato del Lavoro)	☐ congedo di paternità obbligatorio (D. Lgs. 105/2022)
☐ aspettativa senza assegni	☐ per motivi di famiglia o personali ☐ motivi di studio e ricerca	
☐ ferie ☐ relative all'a. s. corrente 2026/2027 ☐ non godute nell'a. s. 2025/2026	☐ festività soppresse relative all'a. s. corrente 2026/2027	
☐ riposo compensativo per lavoro straordinario ☐ A. S. precedente (entro 90 gg nuovo A. S. giorni sospensione attività didattiche) ☐ A. S. Corrente 2026/2027	☐ permesso sindacale ☐ convocazione Tribunale (per motivi legati all'Amm.ne) ☐ Altro caso previsto dalla normativa vigente (specificare) _____	
SOLO PERSONALE ATA		
☐ Permesso orario retribuito per motivi personali o familiari (art. 67 CCNL 2024) ☐ ore _____ ☐ giorni _____ ☐ Allega autocertificazione	☐ Permesso L. 104/92 art. 33 (art. 68 CCNL 2024) ☐ ore _____ ☐ giorni _____ Allega autocertificazione	☐ Permesso retribuito per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici (art. 69 CCNL 2024) ☐ ore _____ ☐ giorni _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ per giorni ____ dal ____/____/____ al ____/____/____ per giorni ____.

dal ____/____/____ al ____/____/____ per giorni ____ dal ____/____/____ al ____/____/____ per giorni ____.

Reggio Calabria, li ____/____/____

FIRMA _____

Visto ☐ parere favorevole ☐ parere non favorevole

Il DSGA _____

Visto ☐ si autorizza ☐ non si autorizza

Il Dirigente Scolastico
Prof. Marco Geria