

___L___ sottoscritt _____ in servizio presso questa Istituzione Scolastica nel corrente A. S. 2025/2026
(COGNOME E NOME)
in qualità di _____ PLESSO _____ con contratto a tempo _____.

C H I E D E

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	☐ partecipazione a concorsi ed esami	☐ Altro
	☐ lutti familiari	☐ dottorato per ricerca
	☐ motivi personali/familiari	
	☐ matrimonio	
<u>ALLEGARE MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE</u>	☐ 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 2025/2026 ☐ non godute nell'a. s. 2024/2025	☐ festività soppresse relative all'a. s. corrente 2025/2026	
☐ riposo compensativo per lavoro straordinario ☐ A. S. precedente (entro 90 gg nuovo A. S. giorni sospensione attività didattiche) ☐ A. S. Corrente 2025/2026	☐ 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
Visto ☐ si autorizza ☐ non si autorizza

Il DSGA _____

Il Dirigente Scolastico
Dott. Giuseppe Romeo