**ASSUNTO CON PROT. N°** ………………… DEL ...……....................

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Statale Istruzione Superiore “R.Del Rosso - G. Da Verrazzano” Porto S. Stefano (GR)

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………………………

in servizio presso codesto Istituto in qualità di …………………… sede ………………….

CHIEDE / COMUNICA

alla S.V. di assentarsi per gg…………… dal …………………. al per:

* **salute** *(art.. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)*
	+ malattia • ricovero ospedaliero / day hospital
	+ visita specialistica • analisi cliniche

*A tal fine dichiara che la struttura sanitaria pubblica/privata non ha potuto organizzare l’effettuazione di esami diagnostici / visite specialistiche / fisioterapiche al di fuori del proprio orario di servizio scolastico.*

*L’appuntamento è stato fissato alle ore…………….…presso …………………………………………………………………………..*

*Indicare la struttura sanitaria pubblica o privata*

* **permesso retribuito** *(art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)*
	+ concorsi/esami *-* • motivi personali/familiari - • lutto - • matrimonio
	+ altro caso previsto dalla normativa vigente ………………………………………………………..

*A tal fine* **DICHIARA** *( dichiarazione sostitutiva di certificazione D.P.R. 445 DEL 28/12/2000)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

* **aspettativa per motivi di**: *(art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)*
* famiglia - • lavoro - • personali - • studio
* **legge 104/92** - giorni già goduti nel mese: • 1 - • 2 - • 3
* **infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio** *(art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)*

**SI ALLEGA**………………………………………………………………………………………….

Porto S. Stefano,……………………………… FIRMA

…………………………………….



IL DIRIGENTE SCOLASTICO IL FIDUCIARIO DI PLESSO

Prof. Luisa Filippini

….…………………………… ….……………………………