

Riservato Ufficio: acquisita al Prot.

N. _____ del _____

Al Dirigente Scolastico
dell'I.T.C.G.T. " M. Capitulo "

TURSI

e. p.c. Al Dirigente Scolastico

di _____

OGGETTO: **Comunicazione assenza art.19** del CCNL 2006/2009).

__1__ sottoscritt _____, in servizio presso questo Istituto, con contratto di lavoro a **Tempo Determinato** in qualità di :

- docente assistente amm.vo-tecnico collaboratore scolastico

COMUNICA

ai sensi dell'art.19 del C.C.N.L. 2006/2009, l'assenza dal servizio per:

malattia (comma 3):

visita specialistica- accertamenti specialistici dal _____ al _____ per gg. _____
presso la struttura Pubblica – Privata di _____

ASSENZA ORARIA PER VISITA SPECIALISTICA art. 33 c. 1 CCNL 2016/2018

visita specialistica – accertamenti specialistici

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____
presso la struttura Pubblica – Privata di _____

gravi patologie (comma 15) : dal _____ al _____ tot. gg. _____

ricovero ospedaliero e post ricovero dal _____ al _____ tot. gg. _____

Per il controllo medico-fiscale si indica il seguente recapito:

Via _____ località _____ tel. _____

A.S.L. di appartenenza: _____ tel. _____

► **permesso non retribuito**

per concorsi / esami: dal _____ al _____ tot. gg. _____

► **permesso retribuito:**

motivi personali e familiari: dal _____ al _____ tot. gg. _____

per matrimonio: dal _____ al _____ tot. gg. _____

per lutto: dal _____ al _____ tot. gg. _____

► **permesso congedi parentali art.12**

comma 4 di età non superiore a tre anni: dal _____ al _____ tot. gg. _____
(figlio _____ nato il _____)

comma 5 :

a) malattia del figlio di età non superiore a tre anni : dal _____ al _____ tot. gg. _____

b) malattia del figlio compresa fra tre e otto anni: dal _____ al _____ tot. gg. _____

(figlio _____ nato il _____)

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art.4 della legge 4/1/1968 n.15, che l'altro genitore, nello stesso periodo non trovasi in astensione dal lavoro perché :

non è lavoratore dipendente

pur essendo lavoratore dipendente c/o _____

non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

Allega / si riserva di allegare debita documentazione

Data _____

(firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-)
(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ ,
residente a _____ via _____ n° _____ ,
in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____ a tempo
_____ ,

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale , che comporta inoltre
la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

D I C H I A R A

di aver usufruito - voler usufruire di _____ giorno/i di permesso non retribuito (ai sensi dell'art. 19
del CCNL 2006/2009) dal _____ al _____ per motivi _____

_____, li, _____

IL/LA DICHIARANTE
