

Al Dirigente Scolastico
dell'ITIS "Vito Volterra"
S. Donà di Piave (VE)

Il sottoscritt _____,
cognome e nome _____ qualifica _____
in servizio presso codesto Istituto con contratto di lavoro a tempo _____,
Indeterminato/determinato

chiede
alla S.V. di poter usufruire dal _____ al _____ di complessivi giorni _____ di

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente a.s. _____ (nota 1)
<input type="checkbox"/> festività previste dalla L. 23.12.1977, n° 937 (nota 2)	<input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente a.s. _____

<input type="checkbox"/> permesso retribuito per	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame (nota 3)
<input type="checkbox"/> permesso non retribuito per	<input type="checkbox"/> lutto familiare (nota 4 e 8)
	<input type="checkbox"/> motivi personali/familiari (nota 5 e 8)
	<input type="checkbox"/> malattia figlio età inf. a 3 anni (nota 6)
	<input type="checkbox"/> malattia figlio età tra 3 anni e 8 anni (nota 6)

<input type="checkbox"/> astensione obbligatoria dal lavoro prevista dalla L. 1204/71 e L. 53/2000 (nota 7)
<input type="checkbox"/> congedo parentale a norma dell'art. 15 della L. 8 marzo 2000, n.53 (nota 8)
<input type="checkbox"/> malattia (nota 9)
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio (nota 10)
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (nota 10)

Il sottoscritt si impegna all'osservanza di quanto stabilito dalla vigente normativa e di quanto esposto nelle note retroscritte, nonché a far pervenire, se prevista e non già allegata alla presente istanza, tutta la necessaria documentazione giustificativa.

S. Donà di Piave, _____
firma del dipendente

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Il dipendente ha già fruito di complessivi giorni _____ di _____
nel corso del corrente a./a.s. _____
 del precedente a.s. _____ triennio quinquennio

La documentazione giustificativa/certificazione medica è pervenuta il _____

- La pratica è perfezionata ed esistono tutte le condizioni per l'accoglimento dell'istanza.
 L'istanza non può essere accolta/la pratica è sospesa per _____

l'Assistente m.vo addetto al controllo

il Direttore S.G.A.

ANNOTAZIONI DEL CAPO DI ISTITUTO

VISTO: si concede
 non si concede per _____

Il 1° Collaboratore
Prof.ssa Caterina Fregonese

Il Dirigente Scolastico
Vincenzo Sabellico

NOTE:

(1) La concessione di ferie al personale docente nel periodo delle lezioni è subordinato alle esigenze di servizio e alla possibilità di sostituzione senza spesa.

(2) Al personale docente sono concedibili esclusivamente nei periodi in cui non si svolge attività didattica.

(3) Tipo di concorso o esame _____
Deve essere opportunamente documentata l'effettiva partecipazione.

(4) Nome del defunto _____, rapporto di parentela _____

(5) Concedibile solo quando il motivo - che deve essere esposto esplicitamente e con tutti gli elementi per la verificabilità - rende non possibile la normale prestazione lavorativa.

(6) La malattia deve essere attestata da regolare certificazione medica da far pervenire entro cinque giorni.

(7) Deve essere consegnata opportuna documentazione.

(8) Deve essere consegnata opportuna attestazione del datore di lavoro del coniuge o autocertificazione ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 di non fruizione della stessa concessione.

(9) La malattia deve essere attestata da regolare certificazione medica da far pervenire entro cinque giorni. Il dipendente è tenuto a rimanere presso il proprio domicilio durante tutti i giorni del periodo richiesto - compresi quelli festivi - dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 18.00. Se nelle predette fasce orarie ha necessità di allontanarsi dall'indirizzo comunicato, per terapie, esami o altri giustificati motivi, deve darne preventiva comunicazione all'Istituto, indicando altri orari equivalenti deve documentare tale bisogno. Durante il periodo di malattia, il dipendente sarà reperibile all'indirizzo sottosposto (da indicare solo se diverso dall'indirizzo di residenza già comunicato all'Istituto):

_____ il dipendente risponde di eventuali impossibilità o ritardi degli accertamenti dovuti a inesattezza o incompletezza dell'indirizzo qui riportato

(10) Specificare _____

AUTOCERTIFICAZIONE

_____ sottoscritt _____, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), in caso di dichiarazione mendace, dichiara quanto segue:

(Le autocertificazioni sono possibili solo nei casi previsti dall'art. 46 della norma citata e, comunque, indicando tutti gli elementi che consentano la verifica di quanto dichiarato)

San Donà di Piave, _____ Firma _____