ISTITUTO COMPRENSIVO LUSERNA SAN GIOVANNI

Istituto Comprensivo Statale di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado
Via Tegas, 2 – 10062 Luserna San Giovanni (TO)
Tel. 0121/909970

e-mail: toic843009@istruzione.it
Sito web: https://icluserna.edu.it

toic843009@pec.istruzione.it
codice fiscale: 94544270013

Alla Dirigente Scolastica
dell'I. C. Luserna S. Giovanni

DOCENTI TEMPO INDETERMINATO

..l.. sottoscritt.. _____, in servizio presso il plesso di_____

chiede/comunica

di usufruire dal _____ al _____ per complessivi giorni _____ di:

1. **PERMESSI RETRIBUITI PER: (*)** (AI SENSI ART. 15 DEL C.C.N.L. 2006/2009)
   - ☐ Ex art. 33 comma 3 Legge 104/'92
   - ☐ Matrimonio (15 giorni)
   - ☐ Partecipazione a concorso – esame (fino a 8 giorni)
   - ☐ Lutto familiare (fino a tre giorni per evento, per coniuge, parenti entro il 2° grado e affini entro il 1° grado)
   - ☐ Motivi personali/familiari (3 giorni, documentati, anche al rientro, o autocertificati)
   - ☐ Attività di formazione- aggiornamento (5 giorni per anno scolastico)

2. **FERIE MATURATE E NON GODUTE NEL PRECEDENTE ANNO SCOLASTICO**_____
☐ (AI SENSI ART. 13 DEL C.C.N.L. 2006/2009) "In caso di particolari esigenze di servizio ovvero in caso di motivate esigenze di carattere personale e di malattia, che abbiano impedito il godimento in tutto o in parte delle ferie nel corso dell'anno scolastico di riferimento, le ferie stesse saranno fruite (…) entro l'anno scolastico successivo nei periodi di sospensione dell'attività didattica".

3. **FERIE RELATIVE AL CORRENTE ANNO SCOLASTICO** (AI SENSI ART. 13 DEL C.C.N.L. 2006/2009)
   - ☐ Fruibili durante la sospensione delle attività didattiche
   - ☐ Fruibili durante le attività didattiche senza oneri a carico dello Stato (fino a 6 giorni)

4. ☐ **FESTIVITÀ SOPPRESSE** Legge 23/12/1977 n° 937 (4 giorni per anno scolastico)

5. ☐ **ASSENZE PER MALATTIA (**)** (ART. 17 DEL C.C.N.L)
   Indicare ASL di appartenenza: _____

6. ☐ **ALTRI CASI PREVISTI DALLA LEGGE** _____

Data _____ FIRMA _____

(*) Allegare documentazione giustificativa
(**) Allegare certificazione medica

****

Visto
☐si autorizza
☐non si autorizza_____

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Alessia BARRAL