



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO SCIENTIFICO STATALE "FEDERIGO ENRIQUES"

OGGETTO: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO

Il sottoscritt _____ qualifica _____ in servizio presso codesto Istituto con contratto a tempo _____ determinato chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ per complessivi gg. _____ di:

- Festività** previste dalla legge 23 dicembre 1977 n° 937*
- Ferie** (in presenza di attività didattica allegare il piano delle sostituzioni)
 - Relative al corrente A.S.
 - Maturate e non godute nel precedente A.S
- Permessi retribuiti per:*****
- Motivi personali/familiari (3 giorni in un anno scolastico) vedi retro, documentazione o autocertificazione
- Recupero ore eccedenti
- Lutto Matrimonio Partecipazione a concorsi/esami
- Aggiornamento Obblighi legali e civili
- Maternità******
 - interdizione per gravi complicanze gestazionali
 - Astensione obbligatoria
 - Astensione facoltativa (L. 1204/71. Art.7 comma 1)
 - Astensione facoltativa (L. 1204/71. Art.7 comma 2)
 - Astensione fac.per malattia del bambino entro i primi 8 anni di vita (allegare dichiarazione del coniuge)
 - 1° anno 2° anno 3° anno

Ricovero Ospedaliero

- Malattia** ****
- Malattia per visita specialistica:**
 - la richiesta deve essere preventiva e consegnata entro il giorno precedente la visita .
 - l'accertamento deve essere prescritto dal medico curante; pertanto, occorre produrre la relativa prescrizione
 - non sia oggettivamente possibile effettuare l'accertamento fuori dell'orario di lavoro. In luogo della predetta dimostrazione, il dipendente può produrre la prescrizione del medico curante in cui venga evidenziata l'urgenza dell'accertamento.
 - la certificazione medica a giustificazione dell'assenza deve recare obbligatoriamente l'orario di visita: non sono accettate certificazioni recanti diciture generiche ("in mattinata" o "in data odierna").
- Legge 104** portatore handicap accompagnatore portatore handicap
- Permessi per motivi di Studio**, n° ore richieste _____ n° ore già fruiti _____

Roma, _____

Il Richiedente

Visto si concede
Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Elena Crespina

*Da fruiti esclusivamente nei giorni senza attività didattiche
*** Allegare documentazione o autocertificazione



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO SCIENTIFICO STATALE "FEDERIGO ENRIQUES"

**** Allegare certificato medico non oltre i cinque giorni successivi all'inizio della malattia e comunicare eventuale diverso recapito rispetto a quello già comunicato.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a

_____ (cognome) _____ (nome)

nato a _____ (luogo) _____ (prov.) il _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

D I C H I A R A

Roma, _____

_____ firma per esteso