Al Dirigente Scolastico

I.C. Giavera del Montello

OGGETTO: richiesta concessione assenze su disposizione del C.C.N.L. 2006/2009 e successivi.

Il/la sottoscritto/a _____

☐ coll. scolastico
☐ D.S.G.A. - assistente ammnistrativo

In servizio presso codesto Istituto con incarico a tempo
indeterminato **determinato**

presso _____

CHIEDE

la concessione di
- n°_____giorni dal _____al_____
- n°_____giorni dal _____al_____
- n°_____giorni dal _____al_____

Per i seguenti motivi (barrare la motivazione che interessa):

- **FERIE**
- **FESTIVITA' SOPPRESSE**
- **PERMESSI orari RETRIBUITI**
  - **(art. 31) tot. 18 ore**
  - **(art. 33) tot. 18 ore – da allegare certificazione medica**
- **PERMESSO LEGGE L.104 - CONGEDO PER L. 104**
- **RECUPERO ore da straordinario n°_____**
  dalle ore_____alle ore_____
- **MALATTIA**
- **ALTRO**_____

Nervesa,_____ firma_____

☐ Favorevole
☐ Non favorevole

IL DIRETORE DEI S.G.A.
BUSCIGLIO Rosalia

Il Dirigente Scolastico
Prof. MERCURI Mario

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
GIAVERA DEL MONTELLO

Il / La sottoscritto/a _____
in servizio presso questo Istituto in qualità di :

|__| Insegnante di Scuola Infanzia Statale_____
|__| Insegnante di Scuola Primaria Statale_____
|__| Insegnante di Sec. I° Grado Statale_____

|__| Direttore Amministrativo
|__| Assistente Amministrativo
|__| Collaboratore Scolastico

|__| a tempo indeterminato |__| a tempo determinato

CHIEDE

di poter usufruire di un periodo di:

|__| **Interdizione dal lavoro Gravi complicanze gestazione (Richiesta all'Ispettorato del lavoro)**
dal _____ al _____ data presunta parto il _____
mese di gravidanza _____

|__| **Astensione Obbligatoria per Gestazione** dal _____
|__| Intendo di avvalermi della facoltà di RITARDARE di un mese l'inizio dell'Ast. Obbligatoria
(Attualmente al _____ mese di gravidanza. Data prevista parto il _____)

|__| **Astensione Obbligatoria per Puerperio** dal _____ al _____
Data nascita parto il _____)

|__| **Astensione per Adozione o Affidamento pre-Adottivo (max 5 mesi, successivi alla data di ingresso)**
|__| Internazionale |__| Nazionale
dal _____ al _____ (Data ingresso bambino il (_____)

|__| **Astensione per Affidamento o Affidamento non pre-Adottivo (3 mesi, entro i primi 5 mesi data ingresso)**
dal _____ al _____ (Data ingresso bambino il (_____)

|__| (*) **Astensione Obbligatoria PADRE LAVORATORE** dal _____ al _____
|__| Decesso o grave infermità madre |__| Abbandono del figlo da parte della madre |__| Affidamento al padre

|__| (*) **Congedo parentale - entro il 6° anno di età -**
dal _____ al _____
(Primi 30 gg. retr. al 100% T. Indeterminato) (data nascita/ingresso bambino il _____)

|__| (*) **Congedo parentale - entro il 6° anno di età -**
dal _____ al _____
(Pers. T.Indet. 5 mesi al 30% Pers. T.Deter. 6 mesi al 30%) (data nascita/ingresso bambino il _____)

|__| (*)**Congedo parentale fra il 7° e 12° anno di età**
dal_____ al _____ data nascita/ingr.sso bambino il _____)
(Pers. T.Indet. e Det. mesi residui rispetto al max di 6 retribuz. 30% con reddito annuo infer. a L.23.429.250)

|__| (*) **Permesso per malattia figlio** dal _____ al _____
(data nascita bambino il _____)

(*) Al riguardo si dichiara, ai sensi della legge 15/68 e successive modifiche,, che il/la proprio/a coniuge _____, non si trova in |__| **astensione dal lavoro** |__| **permesso dal lavoro** |__| **gravi condizioni previste padre lavoratore** nel medesimo periodo non si trova in quanto:
|__| non lavoratore dipendente; |__| è lavoratore dipendente presso _____,
ma non intende usufruire dell'assenza sopraindicata.

_____, lì _____

firma _____

◯ **inserimento ASSENZA SIDI (tempo determinato SUPPLENTI RID. ASSEGNI)** ◯ **RILASCIO DIRIGENTE** ◯ **CONVADIDA E TRASMISSIONE NOI PA**

◯ **trasmissione RTS – Treviso (T.D. e T.I.)**

./.

Il/la sottoscritto/a ……, nato/a a ..... Prov.(.....)

il ..... residente a .....(.....) in Via .....,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.26 della Leg-ge 04.01.1968, n. 15,

☐ **In relazione alla richiesta di <u>CONGEDO PARENTALE</u>**, ai sensi dell'art.32 del D.Lgs 26 marzo 2001, n.151, presentata da

……, genitore di ……. nato/a a ……

il ……, per il periodo dal …… al …… dichiara, ai sensi del DPR. 28 dicembre 2000, n.445:

☐ di non aver diritto all'astensione facoltativa.

☐ di essere lavoratore dipendente presso …… e di non aver mai usufruito di astensione facoltativa per il/la figlio/a di cui trattasi.

☐ di essere lavoratore dipendente presso …… e di aver usufruito
per il/la figlio/a di cui trattasi dei seguenti periodi di astensione facoltativa:
……
……

☐ di non usufruire di astensione facoltativa dal …… al …… per il/la figlio/a di cui trattasi.

☐ di usufruire di astensione facoltativa dal …… al …… per il/la figlio/a di cui trattasi.

☐ **In relazione alla richiesta di <u>congedo per MALATTIA DEL/DELLA FIGLIO/A</u>**, ai sensi dell'art.47 del D.Lgs 26 marzo 2001, n.151,
presentata da ……, genitore di ……

nato/a a …… il ……, per il periodo dal ……
al …… dichiara, ai sensi dell'art.4 della Legge 04 gennaio 1968, n.15, che nello stesso periodo non è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo perchè:

☐ non è lavoratore dipendente.
☐ pur essendo lavoratore dipendente presso …… non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

<u>Dichiara inoltre che</u>:

☐ non ha mai usufruito di congedo per malattia del figlio;
☐ ha usufruito di congedo per malattia del/della figlio/a nei seguenti periodi:
……
……

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'Amministrazione può utilizzare i dati contenuti nella pre-sente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Legge 30.06.2003, n. 196 "Tutela della privacy").

Letto, confermato e sottoscritto

Il Dichiarante

Data .....

_____

ISTITUTO COMPRENSIVO DI GIAVERA DEL MONTELLO

O Si AUTORIZZA

O NON Si AUTORIZZA

Vista la richiesta dell' interessata; Vista la certificazione allegata; Visto il C.C.N.L. SCUOLA 29.11.2007, l'assenza richiesta, con l'applicazione, dove previsto, del D.L. n° 112/2008.

Il Dirigente Scolastico

Nervesa, _____

Prof. Mario MERCURI

Al Direttore S.G.A
Dell'Istituto Comprensivo di Giavera del Montello

OGGETTO: richiesta e autorizzazione ore di lavoro straordinario.

Il/La sottoscritt__ _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di

☐ Assistente Amministrativo ☐ Collaboratore Scolastico

CHIEDE

di poter effettuare il seguente lavoro straordinario:

giorno	Dalle ore	Alle ore	Motivazione

Il/La dipendente sottoscritt__ dichiara di aver effettuato complessivamente n.ro ore _____ di lavoro straordinario e chiede, in base al C.C.N.L. e alla Contrattazione di Istituto che siano:

☐ RECUPERATE ☐ RETRIBUITE

Data _____

Firma _____

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI GIAVERA DEL MONTELLO
Via Bombardieri del Re, 12 - 31040 Nervesa della Battaglia - Tel. 0422/885406 - Fax 0422/779186
e-mail: TVIC83700A@istruzione.it o segreteria@icgiavera.it PEC: TVIC83700A@PEC.ISTRUZIONE.IT sito: www.icgiavera.edu.it

Visti gli artt. 53 e 54 del CCNL del 29.11.2007;
Considerata la necessità di svolgere attività lavorativa oltre l'orario d'obbligo, determinata dalle esigenze di servizio sopra indicate;
Vista la disponibilità della S.V. a prestare lavoro straordinario;

SI AUTORIZZA

l'effettuazione del servizio straordinario richiesto.

Nervesa della Battaglia, _____

IL D. S.G.A.
BUSCIGLIO Rosaria

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
GIAVERA DEL MONTELLO

Il / La sottoscritto/a _____

in servizio nel plesso di _____presso questo Istituto Comprensivo in qualità di :

|__| ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

|__| COLLABORATORE SCOLASTICO

|__| A TEMPO INDETERMINATO

|__| A TEMPO DETERMINATO

C H I E D E

|__| CAMBIO TURNO con il/la sig,ra * _____

|__| CAMBIO ORARIO DI SERVIZIO.

il giorno _____dalle ore _____ alle ore _____ **firma*** _____

il giorno _____dalle ore _____ alle ore _____ **firma*** _____
_

Nervesa della Battaglia, _____

Fi rma _____

Visto:

|__| SI CONCEDE

|__| NON SI CONCEDE

Nervesa della Battaglia, _____

IL D.S.G.A.
BUSCIGLIO Rosalia

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
GIAVERA DEL MONTELLO

Il / La sottoscritto/a _____

|__| D.S.G.A.

|__| ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

|__| COLLABORATORE SCOLASTICO

|__| A TEMPO INDETERMINATO

|__| A TEMPO DETERMINATO

C H I E D E

ai sensi dell'art. 16 del C.C.N.L. 29/11/2007 di poter usufruire del seguente periodo di un BREVE PERMESSO

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno_____

per il seguente motivo_____

I.... sottoscritt.....dichiara di essere a conoscenza che tale permesso non potrà superare le 36 ore nel corso dell'anno;

- che tale permesso dovrà essere recuperato entro due mesi In una o più soluzioni in relazione alle esigenze di servizio;
- che le ore non recuperate per motivi imputati al sottoscritto saranno trattenute dalla retribuzione;
- che tale permesso non potrà essere superiore al 50% dell'orario di servizio giornaliero.

Nervesa della Battaglia, _____

_____

Visto:

|__| SI CONCEDE

|__| NON SI CONCEDE

IL D.S.G.A.
BUSCIGLIO Rosalia