FONOGRAMMA (stesso modello può essere adattato per fax o presentato a mano ecc.)

Da Docente / ATA

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo Statale di Nicolosi

Il/La sottoscritt\_ nat\_o/ a il a

 e domiciliato (per la visita fiscale) in Via

n. CAP tel. in servizio presso:

**COMUNICA/CHIEDE**

- La propria assenza dal servizio per MALATTIA art. 17 CCNL a partire dal al oppure (farà conoscere il n° dei giorni, appena il medico curante o Specialista determinerà la prognosi) Informa, ai sensi delle norme vigenti, di non poter assicurare la propria reperibilità dalle ore alle ore per la possibile presenza nell’ambulatorio del medico convenzionato con il SSN (medico di fiducia o specialista)

dal al per il seguente motivo:

D.Lgs 151/01 TUTELA LAV. MADRE (ART.12) a) Interd. Antic.

1. *Ast. Obblig.*
2. *Cong.parentale*
3. *Malattia figli*

FERIE(anno scolastico 20 / 20 ) FESTIVITA' SOPPRESSE (a. scol. 20 / 20 )

PERMESSI RETRIBUITI art. 15 CCNL (personali / familiari) INFORTUNIO.................................………………………………………………….

L.104/92 …

Altro ........................................................permesso breve......................................................

Farà pervenire tempestivamente, secondo CCNL, Documentazione**.**

*Nicolosi,\_* ***FIRMA DIPENDENTE***

Trasmette ora Riceve

Parte riservata alla scuola : Prot. del

*La Segreteria :* ha diritto

non ha diritto

L’Ass.te Amm.vo

***IL DIRIGENTE SCOLASTICO***

Vista la sopraesposta comunicazione/richiesta DISPONE la concessione SI NO

DISPOSIZIONE

ORE ECCEDENTI

SUPPLENZA

Il Coll.re Vicario Il DSGA

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 *(Prof .ssa Maria Nicolosi )*