

  Distinguished School		<p align="center">ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. Ungaretti" Piazza Vistarini, 3 - 20066 MELZO (MI) Cod. Mecc. MIIC8E300X Codice Fiscale 83509350159 tel. 0295737310 fax 029551300 e-mail: miic8e300x@istruzione.it Posta Elettronica Certificata: miic8e300x@pec.istruzione.it Sito web: www.melzoscuole.edu.it Codice univoco per fatturazione elettronica: UFOB46</p>
---	---	---

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
 dell'Istituto Comprensivo "G. Ungaretti"
 di MELZO

...l... sottoscritt... _____ in servizio
 nel corrente a. s. _____ in qualità di docente Assistente Amm.vo Collaboratore
 Scolastico a tempo indeterminato determinato, chiede di assentarsi dal servizio
 dal _____ al _____ per complessivi n. _____ giorni di:

- Malattia** (allegare certificazione medica)
- Permesso retribuito** per:
(allegare documentazione giustificativa)
- Permesso non retribuito** per:
(allegare documentazione giustificativa)
 - motivi personali/familiari
 - partecipazione a concorso/esami
 - matrimonio
 - lutto familiare
 - partecipazione a convegni-aggiornamento

- Astensione anticipata dal lavoro per complicanze gestazionali**
 - Astensione obbligatoria dal lavoro per Maternità** **Puerperio**
 - Congedo parentale** per il figlio fino al 8° anno del bambino 1° mese al 100% 5 mesi al 30%
(allegare certificato nascita figlio e dichiarazione del coniuge)
 - Congedo parentale** dal 3° al 12° anno del bambino (*)
 - Malattia del bambino fino a 3 anni** (allegare certificato medico del figlio e dichiarazione del coniuge)
 - Malattia del bambino da 3 a 12 anni** (5 giorni all'anno non retribuiti) (allegare certificato medico del figlio e dichiarazione del coniuge)
 - Aspettativa** per motivi di _____
 - Ferie relative all'anno scolastico precedente (solo ATA)
 - Ferie relative al corrente anno scolastico (**)
 - Recupero festività soppresse previste dalla legge 23.12.77 n. 937 (solo ATA)
 - Altro caso previsto dalla normativa vigente
- _____ (allegare documentazione giustificativa)

Melzo, _____
 _____ (firma)

(*) retribuzione al 30% se reddito inferiore 2,5 l'importo del trattamento minimo di pensione a carico dell'AGO
 - retribuzione 0% se superiore

ORARIO DI SERVIZIO: dalle _____ alle _____

(**) Firma collega per copertura orario (solo per richiesta ferie) _____

Per il personale ATA
 Visto,
 Il Direttore S.G.A.
 (Dott.ssa Francesca De Chiara)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
 (Dott.ssa Stefania Strignano)