

Plesso.....
Classe
Turno.....

Al Dirigente Scolastico I.C. Via N. M. Nicolai - Roma

Il/la sottoscritto/a _____ in
servizio con contratto a tempo determinato/indeterminato presso questo Istituto, comunica la propria assenzaper gg.
_____ dal _____ al _____ per:

accertamenti diagnostici;

La struttura sanitaria (pubblica e/o privata) scelta è _____
appuntamento ore _____

Pertanto chiede di poter usufruire di:

- Day Hospital; Ricovero
- ospedaliero; Infortunio;
- malattia: numero protocollo certificato telematico
- Grave patologia;
- visita specialistica;
- permesso retribuito per motivi personali T.I. (art. 15 CCNL) allegare autocertificazione(vedi retro)
- permesso retribuito per motivi personali T.D. (art. 35 CCNL) allegare autocertificazione(vedi retro)
- aspettativa per motivi personali/familiari (art. 18 CCNL) – senza retribuzione;
concorsi; esami; corso di formazione e aggiornamento partecipazione convegno
lutto;
- interdizione complicanze gestazione; astensione obbligatoria; astensione obbligatoria per puerperio; recupero gestazione;**
- congedo parentale malattia bambino I anno II anno III anno
Nome Cognome Data di nascita.....
- congedo parentale figlio/a: nome.....cognome.....data di nascita
- un mese all'80% per il 2024;
- se non utilizzato, al 60% dal 2025 (solo se fruito entro i 6 anni del bambino altrimenti se fruito dai 7 ai 12 anni è retribuito al 30%);
- per i restanti 7 mesi di congedo parentale che spettano, da utilizzare entro i 12 anni del bambino, l'indennità è al 30.
- matrimonio;
- permesso donazione sangue;
- legge 104;
- congedo permesso straordinario L. 104

ALLEGA

Per prestazione presso strutture pubbliche:

- certificazione della struttura sanitaria pubblica, attestante giorno e ora in cui è stata effettuata la prestazione;
- certificato medico di base;
- certificato del pronto soccorso o del medico di base per infortunio;

Per prestazione presso strutture private:

- certificazione del medico o della struttura specialistica privata attestante l'effettuazione della prestazione comprensiva di data e ora(dalla 3° visita privata la certificazione deve essere accompagnata dal certificato medico telematico).

Roma, li _____

Firma _____

SI AUTORIZZA IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**Autocertificazione per la fruizione di permessi retribuiti per motivi personali o familiari
previsti dall'art. 15 (CCNL 2007) e art. 31, comma 1, CCNL Scuola 2016-2018.**

Ai sensi dell'art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il _____, residente a _____, in via _____ in
qualità di dipendente a tempo indeterminato/determinato nel profilo di
_____, in relazione alla domanda di permesso presentata per
giorno ____, consapevole delle responsabilità civili e penali previste in caso di dichiarazioni
mendaci

D I C H I A R A

i seguenti motivi personali o familiari sottesi alla richiesta di permesso:

Luogo, li _____

Firma del dipendente