



# MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

## Istituto Comprensivo Como Prestino – Breccia

Via Picchi 6 – 22100 Como - Tel: 031 507192 - Fax: 031 5004738

[www.iccomoprestino.edu.it](http://www.iccomoprestino.edu.it) - e-mail: [coic81300n@istruzione.it](mailto:coic81300n@istruzione.it) - PEC: [coic81300n@pec.istruzione.it](mailto:coic81300n@pec.istruzione.it)

CF:80020220135 – Codice Univoco Ufficio: UF74US - **Codice IPA:** istsc\_coic81300n

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.C. COMO PRESTINO/BRECCIA

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  ATA T.I.  ATA T.D.

in servizio presso quest'Istituto nel corrente anno scolastico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per gg \_\_\_\_\_ oppure ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

gg \_\_\_\_\_ oppure ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- Ferie** (ai sensi del CCNL 2006/2009 art. 13)  a.s. precedente  a.s. corrente
- Festività sopresse** (previste dalla Legge 23/12/1977 n. 937)
- Permesso retribuito** (ai sensi del CCNL 2016/2018 art. 31 – allegare documentazione o motivazione)
- Concorsi/esami** (8gg.)  **Matrimonio**  **Motivi personali/fam.** (18 ore)  **Lutto** (3gg.)
- Permesso per corsi di aggiornamento**  **Convegni**
- Permesso non retribuito** (ai sensi del CCNL 2006/2009 art. 19 – allegare motivazione)
- Malattia** (ai sensi del CCNL 2006/2009 art. 17)  **Visita medica**  **Ricovero**  **Post ricovero**
- Gravi patologie** (ai sensi del CCNL 2006/2009 art. 17)
- Infortunio** (ai sensi del CCNL 2006/2009 art. 20)
- Maternità** (ai sensi del CCNL 2006/2009 art. 12)  **Malattia bambino**  **congedo parentale 1/8 anni bambino**
- Aspettativa per motivi di famiglia/studio** (ai sensi del CCNL 2006/2009 art. 18)
- Legge 104/92 art. 33, c. 3**
- Permesso diritto allo studio** (ai sensi del CCNL 29/11/07 art. 4, c. 4, lett. A ) n. ore \_\_\_\_\_ (allegare motivazione)
- Permesso breve** (ai sensi del CCNL 2006/2009 art. 16) il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ n. h \_\_\_\_\_
- Ore già effettuate  Ore da recuperare
- Altro caso previsto dalla normativa vigente** \_\_\_\_\_
- **SI ALLEGA:** \_\_\_\_\_

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

Vista la domanda,  si concede  non si concede

IL DIRETTORE S.G.A  
Dott.ssa Gilda Bucceroni

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Simona Convenga