



**ISTITUTO COMPRENSIVO DI CASTELNUOVO DON BOSCO,
COCCONATO, MONTIGLIO MONFERRATO (AT)**

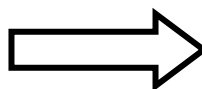
Piazza Enza Pareglio, 2 (ex via Mercandillo, 24) - 14022 - Castelnuovo Don Bosco (AT) - tel. 011.9927826
e-mail: atic80100b@istruzione.it - atic80100b@pec.istruzione.it
cod. fisc. 80006880050 - cod. min. ATIC80100B -
www.iccastelnuovodonbosco.edu.it

Il / la sottoscritto/a _____, ☐ docente ☐ ATA
cognome e nome

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato
chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ - dalle ore _____ alle ore _____

- ☐ ferie
- ☐ relative al corrente A.S.
☐ relative al precedente A.S.
☐ con sostituzione colleghi
(solo per docenti)



I ORA Prof.	_____
II ORA Prof.	_____
III ORA Prof.	_____
IV ORA Prof.	_____
V ORA Prof.	_____
VI ORA Prof.	_____
VII ORA Prof.	_____
VIII ORA Prof.	_____

☐ recupero festività sopresse

☐ permesso retribuito per (*)
(art.15 del C.C.N.L. 2007)
(art.31 del C.C.N.L. 2018)

- ☐ partecipazione a concorso / esame
☐ lutto familiare
☐ motivi personali / familiari
☐ matrimonio
☐ art.33 L.104/92 (art.32 C.C.N.L. 2018)

2D.L.151/2001)

☐ maternità

(allegare dichiarazione del coniuge)

- ☐ interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) (art.17 comma
☐ congedo maternità (D.L.151 del 26/03/2001 art. 12) (**)
☐ congedo per malattia del figlio (D.L.151 del 26/03/2001 art. 19) (**)
☐ congedo parentale: (D.L.151 del 26/03/2001)

nome figlio/a _____ data di nascita: _____

☐ permesso breve (art.16 C.C.N.L. Scuola)

☐ malattia – visita medica (**) (art.33 C.C.N.L. 2018)

☐ aspettativa per motivi di famiglia / studio (*)

☐ permesso non retribuito per _____ (*)

☐ altro caso previsto dalla normativa vigente (*) _____

Autodichiarazione ai sensi del D.P.R. n° 445 12/2000 _____

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via o piazza, n.ro civico, n.ro di telefono)

Castelnuovo Don Bosco

_____ firma del dipendente

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

- ☐ Registro
☐ Argo
☐ SIDI

IL COORDINATORE DI PLESSO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO