



*Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca*

LICEO CLASSICO STATALE "T. MAMIANI" ROMA - RMPC23000X

Modello A.T.A.

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Classico Statale " T. Mamiani"

Oggetto: Domanda di assenza.

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso questo istituto con la qualifica di D.S.G.A. / Assistente Tecnico / Assistente Amministrativo / Collaboratore Scolastico con contratto individuale di lavoro a Tempo Indeterminato / Determinato

CHIEDE / COMUNICA

Alla S. V. di assentarsi per giorni \_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per

- Malattia (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)-Certificato di Malattia prot. n° \_\_\_\_\_
  - Visita specialistica -  Ricovero ospedaliero -  Analisi cliniche
- Ferie (ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)  A. S. corrente -  A. S. precedente
- Festività soppresse (previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)
- Permesso Retribuito (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)
  - concorsi/esami -  motivi familiari/personali -  lutto -  matrimonio -  legge 104/92
- Permesso per diritto allo studio (ai sensi dell'art. 4 comma 4 del C.C.N.L. 2006-2009)
- Donazione sangue (Legge 04/05/1990 n. 107)
- Congedo Parentale primi 8 anni di vita del bambino
- Congedo Parentale malattia bambino 3 - 8 anni
- Congedo Parentale 1 - 3 anni malattia bambino 1° anno
- Congedo Parentale 1 - 3 anni malattia bambino 2° anno
- Congedo Parentale 1 - 3 anni malattia bambino 3° anno
- Aspettativa per motivi di: (ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)
  - famiglia -  lavoro -  personali -  studio
- Recupero ore aggiuntive già effettuate (Dichiarazione da allegare)
- Permesso breve: per il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ totale ore \_\_\_\_\_
- Infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio(ai sensi dell'art. 20 C.C.N.L. 2006-2009)
- altro caso previsto dalla normativa vigente: \_\_\_\_\_

Autocertificazione: \_\_\_\_\_

Durante il periodo di assenza il/la sottoscritto/a sarà domiciliato in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

● Si allega \_\_\_\_\_

ROMA, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Visto: il D.S.G.A. esprime \_\_\_\_\_ per il servizio  
 parere favorevole  
 parere non favorevole

IL DIRETTORE  
DEI SERV. GEN. E AMM.VI  
(Sig.ra Patrizia Cataldo)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Dott.ssa Tiziana SALLUSTI)