



Ministero dell'istruzione e del merito
Istituto Comprensivo "Nelson Mandela"
Largo Partigiani d'Italia n. 2
26013 CREMA (CR)
Tel. 0373202898

PEC cric82600v@pec.istruzione.it
E-mail cric82600v@istruzione.it – Sito web iccrema3.edu.it
C.F. 91016020199 – Codice Univoco UF1DWW



Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso la sede di _____

In qualità di docente con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

CHIEDE

1

di assentarsi per gg. _____ dal _____ al _____ per:

☐ malattia (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)

☐ visita specialistica - ☐ ricovero ospedaliero - ☐ analisi cliniche ☐ day hospital

* ☐ permesso (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009 e dell'art. 35 del C.C.N.L. 2019/2021)

☐ concorsi/esami - * ☐ motivi personali/familiari - ☐ lutto - ☐ matrimonio - ☐ permesso prenatale
*(non retribuito per personale con supplenza breve)

☐ legge 104/92 - giorni già goduti nel mese: ☐ 1 - ☐ 2 - ☐ 3

☐ altro caso previsto dalla normativa vigente: _____

☐ aspettativa per motivi di: (ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)

☐ famiglia - ☐ lavoro - ☐ personali - ☐ studio

☐ permesso breve: (massimo 2 ore, con recupero a cura della Scuola, art. 16, CNL 2006/2009),
di _____ ore, per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

☐ permesso per donazione di sangue

☐ permesso per funzioni presso gli uffici elettorali

☐ permesso per attività di formazione e aggiornamento

☐ permesso per citazione testimoniale

☐ permesso per cariche pubbliche ed elettive

☐ permesso artistico

* **Motivo:** _____

Durante l' assenza il sottoscritto sarà domiciliato a _____

via _____ n° _____ tel. _____

A tal fine si allega documentazione giustificativa

* ☐ certificazione o dichiarazione rilasciata da: _____

* ☐ autocertificazione: _____

Crema li, _____

(firma docente)

VISTO: Si autorizza/Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico
Angelo Avitabile
