

# ISTITUTO COMPRENSIVO LUSERNA SAN GIOVANNI

Istituto Comprensivo Statale di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

Via Tegas, 2 – 10062 Luserna San Giovanni (TO)

Tel. 0121/909970

e-mail: toic843009@istruzione.it

Sito web: https://icluserna.edu.it



toic843009@pec.istruzione.it

codice fiscale: 94544270013

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell' I.C. di Luserna San Giovanni

## DOCENTI A TEMPO INDETERMINATO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso il plesso di \_\_\_\_\_

### CHIEDE/COMUNICA

di usufruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi giorni \_\_\_\_\_ di:

#### 1. PERMESSI RETRIBUITI PER: (\*) (AI SENSI ART. 15 DEL C.C.N.L. 2006/2009)

- Ex art. 33 comma 3 Legge 104/92
- Matrimonio (15 giorni)
- Partecipazione a concorso – esame (fino a 8 giorni)
- Lutto familiare (fino a tre giorni per evento, per coniuge, parenti entro il 2° grado e affini entro il 1° grado)
- Motivi personali/familiari (3 giorni, documentati, anche al rientro, o autocertificati)
- Attività di formazione- aggiornamento (5 giorni per anno scolastico)

#### 2. FERIE MATURATE E NON GODUTE NEL PRECEDENTE ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

(AI SENSI ART. 13 DEL C.C.N.L. 2006/2009) "In caso di particolari esigenze di servizio ovvero in caso di motivate esigenze di carattere personale e di malattia, che abbiano impedito il godimento in tutto o in parte delle ferie nel corso dell'anno scolastico di riferimento, le ferie stesse saranno fruito (...) entro l'anno scolastico successivo nei periodi di sospensione dell'attività didattica".

#### 3. FERIE RELATIVE AL CORRENTE ANNO SCOLASTICO (AI SENSI ART. 13 DEL C.C.N.L. 2006/2009)

- Fruibili durante la sospensione delle attività didattiche
- Fruibili durante le attività didattiche senza oneri a carico dello Stato (fino a 6 giorni)

4.  **FESTIVITÀ SOPPRESSE** Legge 23/12/1977 n° 937 (4 giorni per anno scolastico)

5.  **ASSENZE PER MALATTIA (\*\*)** (ART. 17 DEL C.C.N.L.)

Indicare ASL di appartenenza: \_\_\_\_\_

6.  **ALTRI CASI PREVISTI DALLA LEGGE** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(\*) Allegare documentazione giustificativa

(\*\*) Allegare certificazione medica

Visto

si autorizza  non si autorizza \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Daniela CORBI