

DOCENTI



ISTITUTO COMPRENSIVO PIERACCINI – FIRENZE

Viale S. Lavagnini 35 – 50129 Firenze Tel. 055/489967 – 471484 -474884 – 4631637

Fax 055/492967

C.F. 94188520483 – Codice Meccanografico FIIC84800T

fiic84800t@istruzione.it – fiic84800t@pec.istruzione.it

Al/Alla Dirigente Scolastico/a dell'I.C. Pieraccini

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n° _____
docente a tempo: Indeterminato Determinato

CHIEDE

Di poter usufruire dal ____/____/____ al ____/____/____ per n° di giorni complessivi _____

- malattia** (art.17 CCNL 2002/2005 – allegare documentazione giustificativa entro gg. 5).
 permesso retribuito per: (art.15 CCNL 20002/2005 – allegare idonea documentazione giustificativa

MOTIVAZIONE	Fino a:
Partecipazione a concorsi/esami (compreso il viaggio A/R)	gg. 8
<u>Lutto familiare entro il 2° grado (a evento fino a gg. 3)</u> - Coniuge. - Parenti di 1° grado: Genitori, Figli, Fratelli, Nonni. - Parenti di 2° grado: Suoceri, Nuore, generi, Cognati	gg. 3
Motivi personali/familiari	gg. 3
Matrimonio	gg. 15
Art. 15 comma 2 CCNL 2002/2005 (da detrarre dalle ferie anno corrente)	gg. 6

- Permesso retribuito per:** (art. 62 comma 5 CCNL 2002/2005 – allegare motivazione)

MOTIVAZIONE	Fino a:
Partecipazione a convegni/congressi/aggiornamenti	gg. 5
Assistenza a portatore di handicap	gg. 3 al mese
In quantità di portatore di handicap	gg. 3 al mese

Annotazioni: _____

- Permesso breve** (massimo giornaliero: 2 ore di lezione – art. 16 punto 1 e 5 CCNL 2002/2005 per un limite massimo annuo corrispondente al rispettivo orario settimanale di insegnamento)

di n. _____ ore per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Il/La sottoscritto/a docente _____ dichiara di essere a conoscenza che:

- Tale permesso non può essere di durata superiore alla metà dell'orario giornaliero individuale di servizio e comunque fino a un massimo di due ore. I permessi brevi si riferiscono ad unità minime che siano orari di lezione;
- Tale permesso dovrà essere recuperato con riferimento a supplenza o interventi didattici su richiesta della Dirigente Scolastica o dei delegati alla gestione delle sostituzioni;
- Che le ore non recuperate per motivi imputabili al/la sottoscritto/a saranno trattenute dalla retribuzione

Firenze, _____

Firma _____

- VISTO, SI CONCEDE**
 VISTO NON SI CONCEDE

IL/LA DIRIGENTE SCOLASTICO/A