

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
SCUOLA PROFESSIONALE PROVINCIALE "MATTEI-LEVINAS"

Il sottoscritto/La sottoscritta _____
matricola n. _____

CHIEDE

☐ **ASSENZA PER VISITA MEDICA (cod.91)** il/dal _____ al _____
(allegare certificato)

Orario di servizio del gg di visita _____ Ore di assenza per visita _____

Si dichiara che:

- ☐ la visita medica ha carattere d'urgenza e non può essere spostata;
- ☐ l'appuntamento è stato assegnato da struttura sanitaria e non è stato possibile ottenerlo al di fuori dell'orario di servizio;
- ☐ l'orario di visita dell'ambulatorio è identico al mio orario di servizio

☐ **CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER GRAVI MOTIVI (cod.15)**

Il/dal _____ al _____ per il seguente motivo (allegare eventuale documentazione):

☐ **PERMESSO MENSILE RETRIBUITO PER LEGGE 104/92 (cod. 24)**

Il/dal _____ al _____ totale ore* _____

per sé stesso/per il familiare _____

*solo se l'assenza non copre tutta la giornata lavorativa, indicare il monte ore richiesto

☐ **CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO** il/dal _____ al _____ tot. ore _____

- ☐ *Esami o Concorsi (cod.11)*
- ☐ *Donazione Sangue (cod.12)*
- ☐ *Matrimonio(cod.10)*
- ☐ *Decesso parenti o affini (cod.14)*

nome congiunto e grado parentela o affinità _____

- ☐ *Assemblea sindacale (cod.7)*
- ☐ *Permesso sindacale (cod.8) * dalle _____ alle _____*
(* IMPORTANTE: indicare l'ora/le ore lavorative di assenza)

☐ ☐ **Assenza per sciopero (cod.70)**

(per ogni punto allegare eventuale documentazione)

☐ **CONGEDO PER CORSI DI FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO (cod.52)**

(allegare certificazione)

il/dal _____ al _____

Bolzano, _____

FIRMA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO AUTORIZZA:

Dottor Alberto Conci _____

NOTE

Visite mediche:

- se possibile, devono essere effettuate fuori dall'orario di servizio: se ripetute troppo spesso durante l'orario di servizio, il superiore può valutare di negarne l'autorizzazione
- ogni visita deve essere comprovata da idonea certificazione
- se l'assenza per visita medica comporta l'assenza dal servizio per almeno mezza giornata lavorativa del giorno di visita, la stessa assenza viene considerata 1 giorno di malattia (qualora non si presti nessuna ora di servizio)

Congedo straordinario retribuito per gravi motivi:

- massimo 5 giorni nell'anno solare, fruibili anche ad ore, ovvero fino ad un massimo del monte ore settimanale del dipendente
- l'accettazione delle relative motivazioni è a discrezione del superiore

Congedo straordinario retribuito per esami:

- massimo 20 giorni ad anno solare

Congedo straordinario retribuito donazione sangue:

- la giornata della donazione

Congedo straordinario retribuito per matrimonio:

- 15 giorni consecutivi, compreso il giorno della celebrazione: fruibile un'unica volta nell'unione con la stessa persona

Congedo straordinario retribuito per decesso parenti e affini:

- 5 giorni consecutivi, compreso il giorno del funerale, per coniuge, convivente presente su certificazione anagrafica e parenti di 1° grado
- 3 giorni consecutivi, compreso il giorno del funerale, per fratelli conviventi
- 2 giorni consecutivi, compreso il giorno del funerale, per parenti di 2° grado ed affini di 1° grado
- il giorno del funerale per parenti del 3° e del 4° grado e per affini del 2° grado

Permesso mensile retribuito per legge 104/92 – assistenza

- 3 giorni al mese o il corrispondente in ore