



ISTITUTO COMPRENSIVO“BEATO ANGELICO”

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

FIC86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : FIC86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: **RICHIESTA FERIE E FESTIVITA'** (art. 13 e 14 CCNL 29/11/2007).

l sottoscritt_

docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la scuola

CHIEDE

di poter usufruire dei seguenti periodi di:

a) FERIE A.S. /

dal / / al / / gg.

dal / / al / / gg.

dal / / al / / gg. **TOTALE GG.**

b) FESTIVITA' SOPPRESSE (legge 23/12/1977 n.937) A.S. /

dal / / al / / gg.

dal / / al / / gg. **TOTALE GG.**

Il/la sottoscritto/a comunica che durante i periodi sopracitati il proprio domicilio è:

Località via n..... tel.....

Data.....

Firma.....

Per presa visione
IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

.....

VISTO si concede/non si concede
LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO“BEATO ANGELICO”

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

FIIC86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : FIIC86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO PER L'EFFETTUAZIONE DI ESAMI E VISITE PRENATALI (art. 14 Decreto L.vo 26/3/2001 n. 151 modificato ed integrato dal Decreto L.vo 23/4/2003 n.115).

l sottoscritt_

docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la scuola

C H I E D E

di poter usufruire di un permesso retribuito per l' effettuazione di esami, accertamenti clinici ovvero visite mediche prenatali il giorno dalle ore alle ore.....

(Orario di servizio:)

Si dichiara che gli esami sopracitati non sono effettuabili ad di fuori dell'orario di lavoro.

Successivamente , la sottoscritta presenterà la documentazione giustificativa attestante la data e l'orario di effettuazione degli esami.

Data

Firma.....

(SOSTITUISCE L'INSEGNANTE:)

Per presa visione
IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO
.....

VISTO si concede/non si concede
LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO“BEATO ANGELICO”

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

FIIC86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : FIIC86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: RICHIESTA DI CONGEDO PER PUERPERIO (art.16 del Decreto L.vo 26-3-2001 n. 151 modificato ed integrato dal Decreto L.vo 23/4/2003 n.115).

 sottoscritt_.....

docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la scuola

.....

madre di nato/a il

COMUNICA

di assentarsi dal lavoro per puerperio:

dalal per complessivi **mesi_ dopo il parto** (lettera c art. 16 D.L.vo 23/4/2003 n. 115);

dal al per complessivi gg. **giorni non goduti prima del parto avvenuto in data anticipata rispetto a quella presunta** (lettera d art. 16 D.L.vo 23/4/2003 n. 115);

Comunica, inoltre, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

via/piazza n tel.

CAP..... CITTA' (.....)

Allega:

1 - Dichiarazione personale su nascita figlio;

2 -.....

Data

Firma.....

Per presa visione
IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

VISTO si concede/non si concede
LA DIRIGENTE SCOLASTICA

.....

Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO "BEATO ANGELICO"

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

F11C86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : F11C86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: **RICHIESTA CONGEDO PARENTALE** (art. 32 del Decreto L.vo 26-3-2001 n. 151 modificato ed integrato dal D.L.vo 23/4/2003 n. 115);

 sottoscritt.....

docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato determinato in servizio presso la scuola

Madre/padre di nato/a il

CHIEDE

di assentarsi dal lavoro dal al ai sensi dell'art. 32 del Decreto L.vo 26-3-2001 n. 151 modificato ed integrato dal D.L.vo 23/4/2003 n. 115. A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del Testo Unico - D. P.R. 28-12-2000 n. 445, la/il sottoscritt_, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del medesimo T. U., dichiara che il/la padre/madre Sig..... nato a il

non presta attività lavorativa;

è lavoratore autonomo;

presta attività lavorativa subordinata presso.....

Via comune tel.....

Periodo di congedo parentale già fruito da entrambi i genitori:

- mesi e giorni con trattamento economico al 100%;

- mesi e giorni con trattamento economico al 30%;

- mesi e giorni senza trattamento economico.

Si impegna a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative ai periodi in godimento.

Data

Firma.....

Per presa visione
IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

VISTO si concede/non si concede
LA DIRIGENTE SCOLASTICA

.....

Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO“BEATO ANGELICO”

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

FIIIC86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : FIIIC86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: **RICHIESTA CONGEDO MALATTIA DEL FIGLIO/A** (art. 47 del Decreto L.vo 26-3-2001 n. 151 modificato ed integrato dal D.L.vo 23/4/2003 n. 115);

 sottoscritt.....

docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la scuola

.....

madre di nato/a il

COMUNICA

di assentarsi dal lavoro ai sensi dell'art. 47 del Decreto L.vo 26-3-2001 n. 151 modificato ed integrato dal D.L.vo 23/4/2003 n. 115 per assistere il/la bambino/a malato/a

dal al

come risulta da certificato medico allegato. A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del Testo Unico - D. P.R. 28-12-2000 n. 445, il sottoscritto , consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del medesimo T.U., dichiara che l'altro genitore Sig..... nat.. a il

non presta attività lavorativa;

è lavoratore autonomo;

presta attività lavorativa subordinata presso.....

Via comune tel.....

nel periodo sopracitato non si astiene dal lavoro per lo stesso motivo;

Periodi di congedi per malattia del figlio fruiti nell'anno da entrambi i genitori

mesi e giorni con trattamento economico al 100%;

mesi e giorni senza trattamento economico.

Allega certificato medico.

Data

Firma.....

Per presa visione

IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

.....

VISTO si concede/non si concede

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO "BEATO ANGELICO"

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

F11C8600C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : F11C8600C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: **COMUNICAZIONE DI CONGEDO PER MATERNITA'** (art.20 del Decreto L.vo 26-3.2001 n. 151 modificato ed integrato dal Decreto L.vo 23/4/2003 n.115).

 sottoscritt.....

docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la scuola
.....

COMUNICA

ai sensi dell'art. 20 del Decreto L.vo 26-3.2001 n. 151 modificato ed integrato dal Decreto L.vo 23/4/2003 n.115, di assentarsi dal lavoro per maternità

dal al per complessivi mesi

(data presunta del parto:)

Comunica, inoltre, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

via/piazza n tel.

CAP..... CITTA' (.....)

A.S.L. di competenza n. tel.=

Allega:

- 1) certificato medico di gravidanza con la data presunta del parto;
- 2) **nel caso di fruizione flessibile del congedo per maternità** (un mese prima del parto e quattro dopo il parto):
certificato di un medico specialista del SSN e del medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro ove attesta che tale opzione non arreca pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro.

Data

Firma.....

Per presa visione
IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

VISTO si concede/non si concede
LA DIRIGENTE SCOLASTICA

.....

Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO“BEATO ANGELICO”

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

FIIIC86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : FIIIC86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: **RICHIESTA DI PERMESSI RETRIBUITI** (art. 15 CCNL 29/11/2007).

 sottoscritt_
docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la scuola
.....

CHIEDE

la concessione di un permesso retribuito di gg..... dal

(Orario di servizio:) al per:

- attività di formazione e aggiornamento ai sensi dell'art.62 c. 5 del C.C.N.L;
- funzioni presso gli uffici elettorali (D.P.R.30/3/57 n.361 – L. 29/1/92 n.69);
- ricoprire cariche pubbliche (legge 3/8/99 n.265);
- esercitare il voto elettorale in località diversa da quella dell'ufficio
(D.P.R.30/5/89 n.223 art. 13);
- donazione di sangue (legge 4/5/90 n.107);
- funzione di giudice popolare (legge 10/4/51 n. 287);
- citazione testimoniale (art. 348 del C.P.P.);
- attività artistiche e sportive (D.L.297 16/4/94)

A tal fine allega:

.....

(SOSTITUISCE L'INSEGNANTE:)

Data

Firma.....

Per presa visione
IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

VISTO si concede/non si concede
LA DIRIGENTE SCOLASTICA

.....

Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO“BEATO ANGELICO”

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

FIC86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : FIC86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: **RICHIESTA DI ASPETTATIVA** (comma 1 art. 18 CCNL 29/11/2007).

l sottoscritt_

docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la scuola

.....

CHIEDE

la concessione di un periodo di aspettativa per motivi di

dal (Orario di servizio:) al per gg

La richiesta è così motivata:

.....

.....

Comunica, inoltre, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

via/piazza n tel.

CAP..... CITTA' (.....)

Data

Firma.....

Per presa visione
IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

.....

VISTO si concede/non si concede
LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO "BEATO ANGELICO"

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

FIC86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : FIC86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: **COMUNICAZIONE DI ASSENZA PER VISITA MEDICA/RICOVERO** (art. 17 CCNL29/11/2007).

 sottoscritt_
docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la scuola
.....

COMUNICA

l'assenza dal servizio per

visita medica il giorno (Orario di servizio:)

ricovero ospedaliero dal (Orario di servizio:) e presumibilmente fino
al

(SOSTITUISCE L'INSEGNANTE:)

Data

Firma.....

Per presa visione
IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

.....

VISTO si concede/non si concede
LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO“BEATO ANGELICO”

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

FIC86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : FIC86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: **RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO** (art. 15 CCNL 29/11/2007).

 sottoscritt_

docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la scuola

CHIEDE

la concessione di un periodo di gg dal (Orario di servizio:)
al

PERMESSO RETRIBUITO ai sensi dell'art.15 c.1 del C.C.N.L.:

per esami e concorsi (8 giorni)

per lutto (3 giorni per evento)

PERMESSO RETRIBUITO ai sensi dell'art.15 c.2 del C.C.N.L.

per motivi personali o familiari documentati con utilizzo dei tre giorni previsti dal citato articolo.

per motivi personali o familiari documentati con utilizzo dei sei giorni di ferie di cui all'art.13 c. 9 del C.C.N.L.

La richiesta è così motivata

PERMESSO RETRIBUITO ai sensi dell'art.15 c.3 del C.C.N.L.

per matrimonio (15 giorni) che sarà celebrato il giorno

La richiesta sarà opportunamente autocertificata (vedi retro) o documentata al rientro.

(SOSTTUISCE L'INSEGNANTE:)

Data

Firma.....

Per presa visione

IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

.....

VISTO si concede/non si concede

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO "BEATO ANGELICO"

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

FIIIC86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : FIIIC86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: **RICHIESTA DI PERMESSO BREVE** (art. 16 CCNL 29/11/2007).

 sottoscritt_
docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la scuola
.....

CHIEDE

di usufruire di un permesso breve di n. ore il giorno dalle ore
alle ore per esigenze personali.

 sottoscritt_ garantisce la propria sostituzione da parte dell'insegnante
....., dichiaratosi disponibile per la durata del permesso.

Data Firma del richiedente

Firma di chi SOSTITUISCE L'INSEGNANTE

.....

(compilare dopo la fruizione del permesso)

 sottoscritt_ si dichiara di aver recuperato il permesso richiesto il giorno
dalle ore alle ore nel modo seguente:
.....

Data Firma

Per presa visione
IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

VISTO si concede/non si concede
LA DIRIGENTE SCOLASTICA

.....

Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO“BEATO ANGELICO”

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

FIC86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : FIC86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: RICHIESTA DI SOSTITUZIONE CONCORDATA (senza oneri per la Scuola)

l sottoscritt_
docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la scuola
.....

CHIEDE

di poter effettuare un cambio orario secondo il seguente schema:

DATA	ORARIO	DOCENTE SOSTITUITO	Firma accettazione sostituzione

Scopo della richiesta:
.....

Data..... Firma del richiedente

Per presa visione
IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

VISTO si concede/non si concede
LA DIRIGENTE SCOLASTICA

.....

Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO“BEATO ANGELICO”

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

FIC86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : FIC86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: RICHIESTA DI CAMBIO DI ORARIO

 sottoscritt_

docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la scuola

CHIEDE

di poter effettuare un cambio orario con l'Ins.

il giorno dalle ore alle ore, anziché dalle ore alle
ore,

Scopo della richiesta:

Data.....

Firma del richiedente

Firma per accettazione del cambio

Per presa visione
IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

VISTO si concede/non si concede
LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO“BEATO ANGELICO”

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

FIC86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : FIC86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico
I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: PERMESSI SINDACALI

 sottoscritt_

docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la

scuola

CHIEDE

di poter fruire di NR ORE DI **PERMESSO SINDACALE**

il giorno dalle ore alle ore,

PER LA PARTECIPAZIONE :

.....

.....

Data.....

Firma del richiedente

Per presa visione
IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

.....

VISTO si concede/non si concede
LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Eda Bruni



ISTITUTO COMPRENSIVO "BEATO ANGELICO"

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

www.dicambiobeatoangelico.it

FIC86000C@istruzione.it ; beatoang@tin.it - PEC : FIC86000C@pec.istruzione.it

Prot.

Firenze,

Al Dirigente Scolastico

I.C. BEATO ANGELICO

OGGETTO: RIDUZIONE ORARIO DI SERVIZIO PER "ALLATTAMENTO" (a)

(LAVORATRICE MADRE: riposi durante il primo anno di vita del bambino)

 sottoscritt_

docente assunt_ con contratto a tempo indeterminato - determinato in servizio presso la scuola

.....

CHIEDE,

di poter fruire, ai sensi dell'art. 39 del decreto legislativo 2ú marzo 2001, n. 151, dei riposi giornalieri, da concordare con la S.V. ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. 25/11/1976, n. 1026, per provvedere all'allattamento del... proprii.. figli.. nat.. il

Ai fini giustificativi dei riposi giornalieri di cui trattasi, la sottoscritta allega:

- certificato di nascita (b) del... figli.. rilasciato dal Comune di in data
- dichiarazione di rinuncia del coniuge ai riposi di cui trattasi;
- dichiarazione, resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, che il coniuge non è in congedo nello stesso periodo e per il medesimo motivo.

La sottoscritta dichiara che il coniuge non è lavoratore dipendente.

La sottoscritta fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere effettuate al seguente indirizzo:

..... - Telefono:

.....,

(località) (data)

Data.....

Firma del richiedente

(a) La **lavoratrice madre** può avvalersi dell'istituto dell'allattamento anche alternativamente con il padre lavoratore. In caso **di parti plurimi** il riposo giornaliero viene raddoppiato e le ore aggiuntive possono essere utilizzate dal padre.

(b) Ovvero dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art 47 del D P.R. 28/12/2000, n. 445

Per presa visione

IL DOC. COLLABORATORE/FIDUCIARIO

.....

VISTO si concede/non si concede

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Eda Bruni