



Istituto Comprensivo Statale  
"Luigi Galvani"  
Via L. Galvani, 7 Milano  
Sito web: www.icgalvani.gov.it

Personale Docente ATA  
Mod. assenze

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)  
in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. in qualità di \_\_\_\_\_  
(ATA/Docente)

con contratto a tempo  Tempo Indeterminato  Tempo Determinato

**CHIEDE**

alla S.V. di poter usufruire per il periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi  
n° \_\_\_\_\_ giorni di:

<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di: (ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)	<input type="checkbox"/> famiglia - <input type="checkbox"/> personali - <input type="checkbox"/> studio - <input type="checkbox"/> lavoro
<input type="checkbox"/> ferie (ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> festività soppresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> infortunio (**) (ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)	
<input type="checkbox"/> legge 104/92	giorni già goduti nel mese: <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> 2 - <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> malattia (**) (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)	<input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> analisi cliniche <input type="checkbox"/> malattia bambino
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 1°) (*) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 2°) (**)
<input type="checkbox"/> aggiornamento/formazione (riconoscibile solo previa autorizzazione Ministeriale)	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per * (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare
<input type="checkbox"/> permesso non retribuito per *	<input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> matrimonio
<input type="checkbox"/> recupero	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica

➤ Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_  
(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

Milano, \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

si concede  
 non si concede

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Arch. Anna La Rocca