



DIREZIONE DIDATTICA STATALE P.P. LAMBERT

Scuole dell'Infanzia di Cesana, Oulx, Sauze d'Oulx, Sestriere
Scuole Primarie di Bardonecchia, Cesana, Claviere, Oulx, Salbertrand, Sauze d'Oulx, Sestriere
Sede Centrale P.zza Garambois, 6 - 10056 OULX (TO)

Tel. 0122.831034 - 0122.830770 - 0122.830340 Fax 0122. 830089
E-mail toee137001@istruzione.it Pec toee137001@pec.istruzione.it

Sito web: <http://direzionedidatticalambert.edu> Codice Fiscale: 86502080012 Codice Univoco di Fatturazione Elettronica: UF59WN

Oulx,
Prot. n. (vedi segnaturo)

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

La/il sottoscritta/o _____

DSGA Assistente amministrativo Collaboratore scolastico con contratto a tempo indeterminato determinato

in servizio presso la scuola _____ classe/sezione _____ Turno di servizio _____

CHIEDE

ai sensi del C.C.N.L. del Comparto Scuola e delle leggi vigenti, di essere collocata/o in:

Ferie ATA **a.s. corrente** **a.s. precedente** dal _____ al _____ n. ____ giorni

Recupero festività sopresse (L. 937 del 1977) dal _____ al _____ n. ____ giorni

Formaz./aggiornam./convegni (max 5gg. Viaggio compreso) dal _____ al _____ n. ____ giorni

Evento luttuoso parente entro il 1°/2° grado affine entro il primo grado

Motivi personali o familiari (max 3 gg.)

motivazione _____ dal _____ al _____

Esigenze connesse alla L. 104 del 1992 (max 3 gg. al mese) dal _____ al _____

altri permessi retribuiti _____ dal _____ al _____

permesso breve (art. 16) il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

sostituita/o da _____

da recuperare in data _____ dalle ore _____ alle ore _____

ore già effettuate il _____ dalle ore _____ alle ore _____

da recuperare in base alle esigenze di servizio

recupero ore di lavoro straordinario dal _____ al _____ sostituita/o da _____

assenza per malattia (art 17) dal _____ al _____ n. gg. _____

Malattia **visita medica** **ricovero ospedaliero** **day hospital**

(A.S.L. competente per l'eventuale effettuazione della visita medico _____)

____ la/il sottoscritta/o _____ comunica che _____ durante il periodo di assenza sarà reperibile al seguente indirizzo (da indicare solo se diverso da quello abituale):

Comune _____ CAP _____ Via _____ n. _____ Tel. _____

si richiede di nominare un supplente

il servizio è garantito da personale interno alla scuola (specificare chi) _____

Oulx, _____

Firma leggibile

Viste le motivazioni addotte, si esprime parere favorevole alla richiesta dell'interessata/o.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Dott.ssa Barbara DEBERNARDI

Vista l'informativa sul trattamento dei dati pubblicata sul sito web di Istituto (www.direzionedidatticalambert.edu) il/la sottoscritta/o presta libero consenso all'Istituzione scolastica ad utilizzare i dati contenuti nella presente nell'ambito e per i fini propri della Pubblica Amministrazione ai sensi delle norme contenute nella **L. 27 dicembre 2019, n. 160** e nel rispetto delle disposizioni previste dal REG. UE 2016/679.