



DIREZIONE DIDATTICA STATALE
2° CIRCOLO DI LODI

All'attenzione del Dirigente Scolastico
Dott. Rosaria Prudente
SUA SEDE

Il/La sottoscritto/a _____ docente/personale ATA con incarico a tempo
determinato/ indeterminato in servizio c/o la scuola _____

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ gg. _____ di:

- FERIE** - *relative al corrente A.S.* - *maturate e non godute nel precedente A.S.*
- FESTIVITA'** (L.23.12.77 - N.937)
- PERMESSO RETRIBUITO PER**
(*)
-partecipazione a concorso/esame
(non retribuito per il personale a tempo determinato)
-lutto familiare
-motivi personali/ familiari
-matrimonio
- MALATTIA** (§§) INDICARE L'INDIRIZZO DURANTE LA MALATTIA :

INTERDIZIONE ANTICIPATA DAL LAVORO PER MATERNITA'

ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER MATERNITA'

CONGEDO PARENTALE GENERALE NEI PRIMI OTTO ANNI DEL FIGLIO

Legge 53/2000 art.3 comma 2 - Max. 180 GIORNI continuativi o frazionati entro i primi otto anni di vita del figlio/a. Art. 12 CCNL *Retribuzione fino al compimento del terzo anno di vita del bambino :*

- **INTERA per i primi 30 gg.**
 - **Al 30% per i periodi successivi.**
 - **Retribuzione dopo il compimento del terzo anno di vita del bambino: NESSUNA.**
- Si allega :dichiarazione congiunta dei genitori.

CONGEDO PARENTALE PER MALATTIA DEL FIGLIO FINO A TRE ANNI

Legge 53/2000 art. 3 comma 4, Art. 12 CCNL - **GG. 30 retribuiti** per intero per ciascun anno di vita del bambino e nessun assegno per i successivi. Spetta a ciascun genitore alternativamente rispetto all'altro
Si allega :certificato medico di fiducia e dichiarazione congiunta dei genitori.

CONGEDO PARENTALE PER MALATTIA DEL FIGLIO DA TRE A OTTO ANNI

Legge 53/2000 - art. 3 comma , Art. 12 CCNL **GG. 5 non retribuiti** per ogni anno di vita del bambino. Spetta a ciascun genitore alternativamente rispetto all'altro
Si allega :certificato medico di specialista ASL e dichiarazione congiunta dei genitori.

ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA / STUDIO (senza retribuzione)

INDICARE L'ORARIO DI SERVIZIO: _____

Con osservanza.

Lodi, li _____

FIRMA

legenda:

(*) **allegare documentazione giustificativa**

(§§) **allegare certificazione medica**