



Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca
Istituto Comprensivo Statale Como Albate

p.zza IV Novembre, 1 – 22100 Como Tel. 031 524656

Sito web: www.icscomoalbate.edu.it e-mail: coic81200t@istruzione.it

pec: coic81200t@pec.istruzione.it



Al Dirigente Scolastico I.C.COMO ALBATE

Oggetto: **RICHIESTA ASTENSIONE DAL LAVORO – A.T.A.**

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso la Scuola d'Infanzia/Elementare/Sec.1^grado _____

in qualità di _____

Ass.te Amm.vo / Collab.Scol.co

CHIEDE

di poter usufruire per il periodo

dal _____ al _____ di complessivi N. ____ giorni di:

dal _____ al _____ di complessivi N. ____ giorni di:

malattia

permesso retribuito per:

- motivi personali / familiari (arti.15 C.C.N.L.) _____
- partecipazione a concorso / esame _____
- matrimonio _____
- lutto familiare _____

astensione obbligatoria per maternità e puerperio (Legge 53/2000)

congedo per malattia del figlio (L. 53/2000)

congedo Parentale Gen.le nei primi 12 anni di vita del bambino (D.lgs. 151/2001)

altro _____

Durante il periodo di assenza dichiara di essere reperibile al seguente indirizzo:

Luogo e data _____

_____ Firma

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale continuazione dell'assenza e si impegna ad allegare la documentazione giustificativa (certificati medici, attestati, ecc. ...)

Visto, si autorizza

Il D.S.G.A.
(Dott.ssa Maria Raimondi)

Il Dirigente Scolastico Reggente
(Dott. Massimiliano Branchini)