



**ISTITUTO
AGRARIO
DOMENICO
SARTOR**

**ISTITUTO TECNICO
IN AGRARIA,
AGROALIMENTARE
E AGROINDUSTRIA**

**ISTITUTO
PROFESSIONALE
PER I SERVIZI
PER L'AGRICOLTURA
E LO SVILUPPO RURALE**

**ISTRUZIONE
E FORMAZIONE
PROFESSIONALE:
OPERATORE AGRICOLO
E OPERATORE
DELLE TRASFORMAZIONI
AGROALIMENTARI**

Sede Centrale

Via Postioma di Salvarosa, 28
31033, Castelfranco Veneto (TV)
tel 0423 490615 - fax 0423 721103
posta@istitutoagrariosartor.gov.it
posta@pec.istitutoagrariosartor.gov.it
MIUR tvs018005@istruzione.it
MIUR tvs018005@pec.istruzione.it

Sezione Associata

Via San Gaetano, 156
31044, Montebelluna (TV)
tel 0423 22283 - fax 0423 602276
montebelluna@istitutoagrariosartor.gov.it

c.f. 00481450260
cod. mecc. TVIS018005
istitutoagrariosartor.gov.it



**A tutto il personale
ATA
Sedi di Castelfranco e Montebelluna**

Comunicato n. 125

Oggetto: variazione modulo per richiesta assenze personale ATA.

Si informa tutto il personale che, a partire dalla data odierna, dovrà essere usato il nuovo modulo per richiesta assenze.

Non saranno accettate richieste presentate su moduli precedenti.

Sarà possibile scaricare detto modulo dal sito dell'Istituto o richiederlo al centralino.

IL DIRETTORE DEI SERVIZI GG. AA.
dott.ssa Graziella Santoro

[Handwritten signature]
direttore@istitutoagrariosartor.it



MODULO PER RICHIESTA ASSENZE PERSONALE ATA

Il sottoscritto/a _____ qualifica _____
in servizio presso questo istituto nel corrente anno scolastico a Tempo INDETERMINATO DETERMINATO

chiede alla S.V. di poter usufruire di

- 1) ferie a.s. in corso
2) ferie a.s. precedente
3) festività soppresse

il/i giorno/i _____

il/i giorno/i _____

nei giorni dal _____ al _____ per complessivi giorni _____

nei giorni dal _____ al _____ per complessivi giorni _____

data _____ firma _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Il dipendente ha già usufruito di complessivi giorni _____ di _____ nell'a.s. _____

Il sottoscritto/a

qualifica

chiede alla S.V. di poter usufruire di

- un permesso breve (massimo metà orario) con obbligo di recupero entro 2 mesi successivi quello della fruizione
(nel limite complessivo di 36 ore nel corso dell'a.s.) ai sensi dell'art 22 CCNL
 in c/straordinario già effettuato

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per n. _____ ore

recupero ore di lavoro straordinario effettuato

dal _____ giorno al giorno _____ per l'intera giornata per un totale di n. ore
dal _____ giorno al giorno _____ per l'intera giornata per un totale di n. ore
dal _____ giorno al giorno _____ per l'intera giornata per un totale di n. ore
dal _____ giorno al giorno _____ per l'intera giornata per un totale di n. ore
dal giorno _____ al giorno _____ per l'intera giornata per un totale di n. ore _____

data _____

firma _____

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

MODULO PER RICHIESTA ASSENZE PERSONALE ATA

Il sottoscritto/a _____ qualifica _____
in servizio presso questo istituto nel corrente anno scolastico a Tempo INDETERMINATO DETERMINATO

chiede alla S.V. di poter usufruire di

Un periodo di assenza/aspettativa dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____
per totale gg _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Malattia | <input type="checkbox"/> Gravi patologie | <input type="checkbox"/> Motivi Personali/Familiari
<input type="checkbox"/> parlato con _____ |
| <input type="checkbox"/> Gravi motivi familiari
(senza assegni con facoltà di riscatto) | | |
| <input type="checkbox"/> Lutto | <input type="checkbox"/> Donazione sangue | <input type="checkbox"/> Legge 104 |
| <input type="checkbox"/> Permessi sindacali | <input type="checkbox"/> Mandato amministrativo | <input type="checkbox"/> Funzione c/o seggio |
| <input type="checkbox"/> Teste/Giudice Pop. | <input type="checkbox"/> Formazione | <input type="checkbox"/> Permesso per studio (150 ore) |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio | <input type="checkbox"/> Concorsi/Esami | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Dichiara inoltre che nel periodo predetto è domiciliato (compilare nel caso di domicilio diverso dalla residenza):
via _____ nr. _____ città _____

Allegati: certificato medico autocertificazione motivi pers/famil altro _____

In relazione alla data presunta del parto previsto per il _____
 Interdizione dal _____ Astensione obbligatoria dal _____

Orario ridotto per allattamento dal _____ al _____
 Gravi motivi art. 4 comma 2 L. 53/00 Controlli prenatali
 Altro _____

Relativo al figlio/a _____ nato/a il _____

Allegati: certificato medico certificato di nascita dichiarazioni riguardanti il coniuge
 attestazione del reddito altro _____

data _____

firma _____

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

IL DIRETTORE SEI SERVIZI G. e A.
Graziella Santoro

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Antonella Alban