



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
Scuola Statale dell'Infanzia Primaria e Secondaria di I° grado
"Dante Alighieri"
Viale Medaglie d'Oro, 27 – 81100 CASERTA
0823 / 412821



Scuola Infanzia Codice Meccanografico: CEAA8BB00Q Via Roma, 69 –
0823/455397
Scuola Primaria Codice Meccanografico: CEEE8BB012 Via Roma, 69 –
0823/455397
Codice Meccanografico: CEMM8BB011E-MAIL :CEIC8BB00X@istruzione.it
E-MAIL Pec: CEIC8BB00X@pec.istruzione.it
Codice Fiscale: 93117030614 WEB: www.scuoladantecaserta.edu.it

AL PERSONALE ATA
LORO SEDI

OGGETTO: ferie estive a. s. 2023 / 2024.

Al fine di predisporre un'adeguata organizzazione e copertura del servizio, si invita il personale in indirizzo a presentare **entro e non oltre il 31 / 03 / 2024**, la richiesta delle ferie estive per i mesi di luglio e agosto.

Si sottolinea che, ai sensi del contratto nazionale attualmente in vigore, il personale ATA deve fruire di 15 giorni consecutivi lavorativi di ferie nel periodo che va dall'1 / 7 / 2024 al 31 / 8 / 2024.

Si rammenta inoltre che il computo complessivo consta di 32 giorni di ferie per il personale assunto a tempo indeterminato, 30 giorni per il personale neoassunto.

Il personale a tempo determinato in servizio fino al 30 giugno 2024 dovrà entro tale data esaurire le ferie maturate e le ore eventualmente maturate in eccedenza.

Nei periodi di interruzione delle attività didattiche coincidente con il periodo estivo, si rammenta che devono essere garantiti i servizi minimi .

Si coglie l'occasione per ricordare a tutto il personale che la fruizione delle ferie non godute nell'anno precedente non può andare oltre il 30 aprile, non essendoci gravi motivi ostativi al godimento delle stesse.


IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Tania SASSI

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto

Istituto nel corrente A.S. in qualità di con contratto a tempo _____

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 sopresse 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"/> visita specialistica <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> analisi cliniche
<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"/> permesso orario	dalle ore _____ alle ore _____
<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"/> permesso non retribuito per *	<input type="checkbox"/> lutto familiare
<input type="checkbox"/> recupero	<input type="checkbox"/> motivi familiari/personali
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	<input type="checkbox"/> matrimonio
(*) allegare documentazione giustificativa (**) allegare certificazione medica	
DICHIARA	
(ai sensi art.2 della legge 4 gennaio 1968, n.15,art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 N.127, art.1,1,DPR 20 ottobre1998 n, 403-art 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)	
che la richiesta di permesso sopraindicata è motivata da	

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

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

VISTO si concede
 non si concede

IL D.S.G.A.
dott.ssa Anna Filomena Marsilio

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dott.ssa SASSI Tania