AMM MO 039

**MODULO ASSENZA MALATTIA**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**dell’IPSIA BIRAGO**

* **personale Incaricato tempo indeterminato**

Assenza motivi di salute (art.17 CCNL 24/7/2003)

* **personale incaricato tempo determinato**

Assenza motivi di salute (art.19 CCNL 24/7/2003)

.I. sottoscritt. ..............................................................................................................................

in servizio presso questo istituto

qualifica .......................................................................................................................................:

comunica la propria assenza per motivi di salute/visita medica

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *dal* | *al* | ***Per gg***  *.* |

Allega certificato medico Protocollo N°………………………………………….

Data……………………..

Firma……………………………………………………

***Note retributive***

***Personale ITI:***

⇒ 274 gg. retribuzione al 100%-91 gg.al 90% - 183 gg. al 50% nel triennio

***Personale ITD***

⇒1° anno di servizio 30 gg. retribuiti al 100% -

⇒ Oltre il primo anno di servizio ( ai fini della continuità del servizio è necessario che nell’a.s. immediatamente precedente abbia prestato servizio per almeno 180 gg. )

Ha diritto alla conservazione del posto per 9 mesi in un triennio scolastico

Retribuzione in ciascun anno scolastico:

1 mese retribuito al 100%

2 mesi con retribuzione al 50%

6 mesi senza retribuzione

***Personale supplente temporaneo***

⇒30 gg. per anno scolastico e comunque nei limiti di durata del contratto di nomina retribuiti al 50%