

IL / LA sottoscritto/a

in servizio presso questo Istituto in qualità di **docente** con contratto a tempo

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per gg.

dal

al

dal

al

dal

al

per:

ferie

anno scolastico precedente

anno scolastico corrente

festività soppresse

recupero ore svolte oltre il normale orario di servizio, precisamente nei giorni:

malattia con certificato del medico curante o della guardia medica

visita specialistica con certificato del medico

analisi cliniche con certificato della struttura ospedaliera

day hospital / day surgery con certificato della struttura ospedaliera

ricovero ospedaliero con certificato della struttura ospedaliera

post ricovero con certificato del medico curante o della guardia medic

permesso retribuito

concorsi esami lutto donazione sangue

(specificare e compilare la dichiarazione sostitutiva di certificazione)

motivi personali/familiari per

(specificare e compilare la dichiarazione sostitutiva di certificazione)

permesso non retribuito per:

(specificare e dopo la fruizione del permesso consegnare in segreteria l'atto di notorietà)

aspettativa per motivi di famiglia/studio

legge 104/92

altro caso previsto dalla normativa vigente:

permesso breve: per il giorno

dalle ore alle ore

per un totale di ore

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in

Via

 n.

Tel.

➤ Si allega

DATA

In fede

Vista la domanda
 si concede
 non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

dott. Alberto Ruggirello

(a cura dell'Ufficio)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art.2 della legge 4 gennaio 1968, n.15,art.8,comma 10, L..15 marzo 1997 n. 127, at.1, Dpr 20 ottobre 1998 n.408-)
(Art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a

il

residente a via n°

in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di

a tempo

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

D I C H I A R A

di voler usufruire di giorno/i di permesso ___retribuito

dal a

per motivi

IL/LA DICHIARANTE

data