AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a

in servizio presso codesto Istituto in qualità di

con contratto a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg. dal al per:

- ☐ ferie
- ☐ festività soppresse
- ☐ recupero

☐ malattia*

- ☐ visita specialistica - ☐ ricovero ospedaliero - ☐ analisi cliniche
- ☐ permesso retribuito* *(DA AUTOCERTIFICARE CON LA MOTIVAZIONE)*

  - ☐ motivi personali/familiari ☐ lutto - ☐ matrimonio

  ☐ aspettativa* per motivi di:
- ☐ permesso NON retribuito per:_____
- ☐ legge 104/92 - giorni già goduti nel mese: ☐ 0 - ☐ 1 - ☐ 2 - ☐ 3

NOME DELL'ASSISTITO_____

☐ infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio

☐ altro* caso previsto dalla normativa vigente:

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in via n°

tel.

- SI ALLEGA

li,

Con Osservanza

F.TO *

Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/19

_____

IL RETTORE/DIRIGENTE SCOLASTICO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DA COMPILARE SOLO NEI CASI PREVISTI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.2 della legge 4 gennaio 1968, n.15, art.3, comma 10, L. 15 marzo 1997n. 127, art. 1, DPR 20 ottobre 1998 n.403)
(art. 46 DPR 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

DICHIARA

di ☐aver usufruito ☐voler usufruire di giorno/i di

dal al per i seguenti motivi:

,

Il Dichiarante

F.TO *

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993