

Il/la sottoscritto/a in servizio presso codesto Istituto in qualità di con contratto a tempo indeterminato determinato**CHIEDE**alla S.V. di assentarsi per gg. dal al per: ferie (ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009) a.s. corrente a.s. precedente (solo ATA) festività soppresse (previste dalla legge 23/12/1977, n° 937) recupero malattia* (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009) visita specialistica - ricovero ospedaliero - analisi cliniche permesso retribuito* (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009) concorsi/esami - motivi personali/familiari - lutto - matrimonio aspettativa* per motivi di: (ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009) famiglia - lavoro - personali - studio legge 104/92 - giorni già goduti nel mese: 0 - 1 - 2 - 3 infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio (ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09) altro* caso previsto dalla normativa vigente: Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in via n° tel. • SI ALLEGA li,

<p style="text-align: center;">SOLO PERSONALE ATA</p> <input type="checkbox"/> compatibile con le esigenze di servizio <input type="checkbox"/> NON compatibile con le esigenze di servizio <p style="text-align: center;">Il DSGA</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
--

Con Osservanza

F.TO *

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

Vista la domanda,

 si concede
 non si concede

IL DIRIGENTE

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