

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____
con contratto a tempo _____ plesso di: _____
(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. precedente - a.s. corrente
- festività soppresse (previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)
- recupero** ore dalle _____ alle _____ giorno ____ / ____ / ____
- malattia** (art. 17 del C.C.N.L.) - ricovero ospedaliero (**oltre le 12 ore di ricovero**) **Altro**
 Day-Ospital (**almeno 12 ore di ricovero**) visita specialistica analisi cliniche
- malattia** dovuta a grave patologia non causata dalle Terapie salvavita o per le conseguenze delle stesse (tali malattie rientrano nel computo del periodo massimo delle assenze per malattia).
- assenza per **grave patologia** ART. 17 COMMA 9 C.C.N.L. (sul certificato deve esserci la dicitura: "Certifico che il paziente è affetto da Grave Patologia e che durante il periodo indicato è stato assente perché sottoposto a terapie salvavita temporaneamente e/o parzialmente invalidanti" oppure "per le conseguenze invalidanti delle stesse").
- permesso retribuito**
 concorsi/esami motivi personali/familiari (compilare autocertificazione nel retro)
 lutto, **indicare il rapporto di parentela:** _____ (3 gg. Entro il 2°gr. di parentela)
 matrimonio obblighi legali e civili (**da certificare al rientro**)
- permesso **non retribuito** (per il personale a T.D.)
 motivi personali/familiari (compilare autocertificazione nel retro) - concorsi/esami
- 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: 1 - 2 - 3 **nome assistito:** _____
- 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:** _____
- 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 _____

Casoria (Na) li, _____

Con Osservanza

Vista la domanda,

si concede non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Fabiana Squillace)

Da Allegare SOLO ai Motivi Personali e famiglia (retribuiti e non retribuiti) art. 15 c. 2
CCNL- scuola

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

autocertificazione generica

(art.2legge 4 gennaio 1968, n.15 come modificato dall'art.3, comma 10,
Legge 15.05.1997, n.127 dal D.P.R. 20.10.1998, n.403 e succ.modifiche e integrazioni)

Il/la Sottoscritto/a _____

codice fiscale: _____

nato/a _____ (____) il __/__/__,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

_____,li _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)*

* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.