

Oggetto: Richiesta astensione dal lavoro – Docenti e A.T.A.

Il sottoscritto _____ in servizio presso la scuola
dell'infanzia/primaria/media _____ in qualità di
_____ con incarico a tempo determinato/indeterminato chiede di
poter usufruire del seguente periodo:

dal _____ al _____ gg. _____

Per:

<input type="checkbox"/> Ferie -art. 13 CCNL 29/11/2007-	<input type="checkbox"/> relative al corrente a.s. (*) <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente a.s.
<input type="checkbox"/> Festività soppresse previste dalla Legge 937/1977 –art.14 CCNL 29/11/2007- (solo personale ATA)	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per: (*) -art.15 CCNL 29/11/2007-	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esami <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*) –art.15 CCNL 29/11/2007-	<input type="checkbox"/> Donazione di sangue <input type="checkbox"/> Partecipazione corsi aggiornamento <input type="checkbox"/> Esercizio diritto di voto <input type="checkbox"/> Attività nei seggi elettorali <input type="checkbox"/> Giudice popolare <input type="checkbox"/> Testimone per citazione tribunale <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio/personali/lavoro –art. 18 CCNL 29/11/2007-	
<input type="checkbox"/> permessi per studio (150 ore) – artt. 64 CCNL 29/11/2007- n° ore _____ dalle ore _____ alle ore _____	

Recanati _____

Firma _____

La sottoscritto dichiara che nel periodo sopraindicato sarà reperibile al seguente indirizzo:

_____ tel. _____

(*) Allegare documentazione giustificativa/autocertificazione

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO	
VISTO, Sentito il DSGA:	
<input type="checkbox"/> Si concede	
<input type="checkbox"/> Non si concede	
IL DIRIGENTE SCOLASTICO Annamaria De Siena	

DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 445/2000 E SEGUENTI)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(rilasciata ai sensi dell'art. 47 del d.p.r. 445/2000 e seguenti)

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Residente a _____ (Prov. _____)

in _____ n° _____ cap _____

Documento _____ n° _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000

Dichiara di doversi assentare per

1) il seguente motivo:

2) **In caso di visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici**
che lo/la stesso/a in data odierna si è recato/a presso

(denominazione della struttura)

in _____ n° _____ cap _____

(località) (indirizzo)

Per sottoporsi a visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici

Dalle ore _____ alle ore _____.

Luogo e Data _____

Il/La dichiarante
