



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo "Bozzini - Fasani"
Via Raffaello - 71036 LUCERA



Convenzione Internazionale ONU dei Diritti dell'Infanzia: 20/11/1989 ratificata dall'Italia con la L. 176/1991.

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo "BOZZINI - FASANI"
LUCERA (FG)

Il/la sottoscritto/a _____,
in servizio presso il PLESSO _____ di questa Istituzione in qualità di

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> docente S. INFANZIA | <input type="checkbox"/> S. SEC. I GRADO |
| <input type="checkbox"/> docente S. PRIMARIA | <input type="checkbox"/> A.T.A. |
| <input type="checkbox"/> a tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> a tempo determinato |

CHIEDE

COMUNICA
(assenze x malattia)

alla S.V. di fruire

dal _____ al _____ di n. ____ giorni/ore di (solo x permesso breve) dalle ore ____ alle ore ____)

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> ex festività soppresse
<input type="checkbox"/> ferie per particolari motivi (1)	<input type="checkbox"/> permessi retribuiti (1)
<input type="checkbox"/> assenze per malattia	<input type="checkbox"/> permessi brevi a recupero (1)
<input type="checkbox"/> assenze per malattia (2) (visite specialist., terapie e accertam. diagn.)	<input type="checkbox"/> permessi L.104 art.33 c.3 (assistenza)
<input type="checkbox"/> riposo compensativo	<input type="checkbox"/> permessi L.104 art.33 c.6 (personale)
<input type="checkbox"/> altro _____ (specificare)	

Allega la seguente documentazione:

Comunica di essere reperibile al seguente indirizzo:

(data) _____

(firma) _____

(1) – Allegare documentazione giustificativa o compilare dichiarazione sul retro.

(2) – Allegare prescrizione medica (senza diagnosi) e compilare dichiarazione sul retro.

VISTO

- si concede
 non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof. Pasquale TRIVISONNE)

(1) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 D.P.R. 445/2000)

Permessi brevi - Permessi retribuiti – Ferie per particolari motivi

Il/la sottoscritto/a.....
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per
false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità,

D I C H I A R A

i motivi della richiesta:

motivi personali/familiari.....
.....
.....

partecipazione concorso/esame

lutto in famiglia.....
.....
.....

matrimonio.....
.....
.....

....., li.....

Firma del dichiarante

.....

(2) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 D.P.R. 445/2000)

Visite specialistiche, terapie ed accertamenti diagnostici

Il/la sottoscritto/a.....
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per
false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità,

D I C H I A R A

che non può fruire di altri istituti del C.C.N.L. per le seguenti motivazioni:

.....
.....
.....

che è richiesta nel proprio orario di lavoro per le seguenti motivazioni:

.....
.....
.....

....., li.....

Firma del dichiarante

.....