

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) _____ (nome)

In servizio presso codesto Istituto in qualità di: _____

C H I E D E

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

☐ **FERIE** ☐ **A.S. precedente** ☐ **A.S. corrente**

☐ **FESTIVITA' SOPPRESSE**

☐ **PERMESSO BREVE** per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

☐ **PERMESSO L. 104/92** ☐ accompagnatore ☐ portatore ☐ perm. giornaliero ☐ perm. orario (dalle ____ alle ____)

☐ **Riposo compensativo a recupero attività svolte oltre l'orario d'obbligo** (pari a n° ____ ore)

☐ **Permesso retribuito**

☐ **concorsi/esami** ☐ **motivi personali/familiari** ☐ **lutto** ☐ **matrimonio**

☐ **permesso per diritto allo studio:** ☐ **giornaliero** ☐ **orario**

☐ **ferie docenti motivi personali/familiari** (allega documentazione / autocertificazione)

☐ **Malattia** (in caso di **visita specialistica**, si allega idonea documentazione, atta a dimostrare l'impossibilità di effettuazione al di fuori dell'orario di servizio, rilasciato dalla struttura sanitaria presso cui dovrà recarsi per le visite, prestazioni ed accertamenti, o anche una dichiarazione rilasciata dallo stesso medico di fiducia (giusta C.M. n° 301 del 27/06/1996).

☐ **Maternità:** ☐ **interd. compl. Gestazione** ☐ **astensione obbligatoria** ☐ **astensione facoltativa**

☐ **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: _____

Grottammare li: _____

Con osservanza: _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 DPR 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ 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 usufruire di ____ giorno/i di permesso retribuito (motivi personali/familiari o L. 104/92) dal ____ al ____ per i seguenti motivi:

Firma del dipendente _____

Vista la domanda, su parere del DSGA per il personale ATA: **favorevole/negativo** _____ IL DSGA _____

☐ Si concede IL DIRIGENTE SCOLASTICO
☐ Non si concede _____