ISTITUTO COMPRENSIVO TRAMUTOLA (PZ)
……. /…… / ……
Prot. n° ……/…….

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di ***TRAMUTOLA (PZ)***

Oggetto: Richiesta assenza.

_l_ sottoscritt_ …….. nat_ a …… il ..../...../……

residente a …….. via …….. in servizio presso questa

istituzione scolastica in qualità di ……. con contratto a tempo Indeterminato / Determinato.

C H I E D E

alla S.V. di poter usufruire nei seguenti giorni dal …… al …….. di congedo per complessivi ***gg.*** *…….. per i seguenti motivi:*

○ ***FERIE*** ***Per il personale ATA:*** ☐ ***Anno Scolastico in corso*** ☐ ***Anno Scolastico precedente***
*(per un tot. di 32 gg. previsti dall'****art. 13*** *del C.C.N.L., ivi compresi i 6 gg. fruibili durante il corso delle attività didattiche per i docenti)*

○ ***FESTIVITA' SOPPRESSE*** *(per un totale di gg. 4 previsti dall'****art. 14*** *del C.C.N.L. da fruire durante la sospensione delle attività didattiche, entro il 31 agosto dell'anno scolastico in corso)*

○ ***PERMESSO RETRIBUITO*** *(****art. 15*** *del C.C.N.L.)*
- ☐ *gg. 8 complessivi per anno scolastico, ivi compresi quelli eventualmente richiesti per il viaggio;*
- ☐ *gg. 3, anche non continuativi, per lutto, (perdita del coniuge o parenti entro il secondo grado);*
- ☐ *gg. 3 per motivi personali o familiari debitamente documentati;*
- ☐ *gg. 15 per matrimonio*

○ ***ASSENZA PER MALATTIA*** *(****art. 17*** *del C.C.N.L.)* ☐ *MALATTIA* ☐ *ISITA SPECIALISTICA*
- ☐ *allega il prescritto certificato medico*
- ☐ *si riserva di allegare il prescritto certificato medico.*

*Durante l'assenza il/la sottoscritt__ sarà reperibile * al seguente indirizzo: ……*
** nelle fasce orarie dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 18,00 di tutti i giorni, compresi i non lavorativi e i festivi.*

○ ***PERMESSO ACCOMPAGNATORE/PORTATORE HANDICAP*** *(art. 33 della legge n.104 del 5 febbraio 1992)*

○ ***PERMESSO PER FORMAZIONE*** *(CCNL 29/11/2007)*

○ ***PERMESSO PER MANDATO AMMINISTRATIVO*** *(legge 27 dicembre 1985 n.816)*

○ ***RIPOSO COMPENSATIVO*** *(Personale A.T.A.)*

○ ***PERMESSO BREVE*** ……

○ ***ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA*** ……

Alla presente, si allega: ……

D I C H I A R A Z I O N E S O S T I T U T I V A D I C E R T I F I C A Z I O N E
(art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art. 3, comma 10, L. 15 marzo 1997 n. 127, art. 1, D.P.R. 20 ottobre 1998 n. 403, art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

_l_ sottoscritt_ …….. consapevole che, ai sensi dell'art. 26 della Legge 4.1.1968, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla succitata legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali della materia. E' altresì consapevole che sussiste l'obbligo per l'amministrazione di provvedere alla revoca del beneficio ottenuto, in caso di mendacio, falsità di atti o uso di atti falsi.

Dichiara: ……
……
……
……
……

Data, __ /__ /_____ *Firma* _____

*Firma coordinatore di sede/DSGA*_____

****

AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico-Reggente-
(Prof.ssa Carmelina ROCCO)