

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

In servizio presso Codesto Istituto in qualità di **DOCENTE A TEMPO DETERMINATO**

telefono di reperibilità n. _____

CHIEDE

la concessione di n° _____ giorni dal _____ al _____

a titolo di

ASSENZA PER MALATTIA n. protocollo _____

PERMESSO **NON** RETRIBUITO

• partecipazione a concorsi o esami compreso viaggio (max. 8 gg.)

• motivi familiari documentati (max. 6 gg.)

PERMESSO RETRIBUITO

• matrimonio (max. 15 gg.)

• lutti (max. 3 gg.)

FERIE per motivi personali o familiari documentati senza oneri per l'amministrazione (max. 6 gg.)

CONVEGNI e FORMAZIONE - max 5 gg durante l'attività didattica (ai sensi dell'art. 64, comma 5 del C.C.N.L.)

Allega la seguente documentazione o autocertificazione (vedi retro modulo):

Data _____

Firma _____

IC POGGIALI SPIZZICHINO

Prot.n. _____

del _____

VISTO SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Anna Salamino _____

Presa visione Referente di plesso

MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE

(art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n.15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n.127, art.1, DPR 20 ottobre 1998 n. 403-)
(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
residente a _____ via _____ n° _____,
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____,
consapevole delle responsabilità previste dall'art.26 della legge n.15/68, dell'art.489 del
Codice Penale, in caso di false dichiarazioni, degli artt. 46, 47 DPR 445/2000 e dell'art.15
della L.183/2011

DICHIARA

Roma, _____

IL DICHIARANTE

Le informazioni sul trattamento dei dati personali esercitato dall'Istituto e le modalità per l'esercizio dei suoi diritti sono disponibili
all'indirizzo <https://www.icpoggialispizzichino.edu.it/privacy3>

Roma, _____

IL DICHIARANTE
