AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DEL LICEO STATALE "SOCRATE"- ROMA

[personale@liceosocrate.edu.it](mailto:personale@liceosocrate.edu.it)

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso codesto Istitutoin qualità

Di Docente/Personale ATA

con contratto a tempo

indeterminato

determinato

C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg.

dal al

per:

ferie *(ai sensi dell’art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)*

a.s. corrente

a.s. precedente (solo ATA)

festività soppresse *(previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)*

recupero compensativo lavoro del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

malattia\* *(ai sensi dell’art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)* -numero protocollo certificato medico

visita specialistica -

ricovero ospedaliero -

analisi cliniche

permesso retribuito\* *(ai sensi dell’art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)*

concorsi/esami -

motivi personali/familiari -

lutto -

matrimonio

aspettativa\* per motivi di: *(ai sensi dell’art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)*

famiglia -

lavoro -

personali -

studio

legge 104/92 - giorni già goduti nel mese:  0 -  1 -  2 -  3 **e dichiara che “ il familiare/affine che necessita di assistenza, con handicap in situazione di gravità, non è ricoverato a tempo pieno"**

infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio *(ai sensi dell’art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)*

altro\* caso previsto dalla normativa vigente:

\* Compilare l'autocertificazione (vedi retro) e/o allegare documentazione giustificativa

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in

via n° tel.

* SI ALLEGA

li,

Con Osservanza

SOLO PERSONALE ATA

* compatibile con le esigenze di servizio
* NON compatibile con le esigenze di servizio Il DSGA

F.TO \*

\*Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell’art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993

# ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vista la domanda,

* si concede IL DIRIGENTE
* non si concede

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DEL LICEO STATALE "SOCRATE"- ROMA

[personale@liceosocrate.edu.it](mailto:personale@liceosocrate.edu.it)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.2 della legge 4 gennaio 1968, n.15, art.3, comma 10, L. 15 marzo 1997n. 127, art. 1, DPR 20 ottobre 1998 n.403)

(art. 46 DPR 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

residente a via n.

in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di

a tempo .

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 aver usufruito

voler usufruire di

giorno/i di

dal al per i seguenti motivi:

,

Il Dichiarante

F.TO

\*

**\*Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell’art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993**