

Permesso per motivi personali o familiari (ai sensi dell'art. 31 del C.C.N.L. 19/04/2018)

Visita, terapia, prestazione specialistica o esami diagnostici (ai sensi dell'art. 33 del C.C.N.L. 19/04/2018)

/ sottoscritt _____

in servizio presso codesto Istituto in qualità

Dsga Ass.te amm.vo Coll. scolastico

plesso di _____

con contratto a tempo indeterminato determinato

C H I E D E

di assentarsi per gg _____ oppure ore _____ (dalle ore _____ alle ore _____)

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

A tal fine allega:.....

Invorio,

firma

Per i collaboratori scolastici
Firma per presa visione
Il Docente Coordinatore di plesso

.....

Visto

si concede non si concede

Il Dsga

Il Dirigente Scolastico

.....

.....

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
del Vergante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 e 48 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari
in materia di documentazione amministrativa)

Io sottoscritto/a
nato/a a ()
il residente a
() in via n.

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARO

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000:

Luogo e data

IL DICHIARANTE

F.to

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali comunicazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Inviare a: noic819001@istruzione.it (oggetto: settore personale) tramite posta elettronica assegnata dall'Istituto