

Prot. n. del
a cura della Segreteria

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Fiano

__/__/__ sottoscritt__ _____ in servizio in qualità di:

DSGA docente assistente amministrativo collaboratore scolastico

nel plesso

Secondaria I grado Primaria via Giustiniani Primaria via Tiberina

Infanzia via Tiberina Infanzia via Montessori

CHIEDE

alla S. V. di poter usufruire dal _____ al _____ num.giorni _____
di assenza per:

- MALATTIA**
- MALATTIA** (visita specialistica- analisi cliniche) presso _____
dalle ore _____ alle ore _____
- PERMESSO RETRIBUITO** per motivi:
 - familiari/personali**
 - concorsi/esami**
 - matrimonio**
 - lutto**
 - studio**
 - altri motivi** _____
- FERIE** (relative all'a.s. ____/____)
- FESTIVITA' SOPPRESSE (L.937.77)**
- ASTENSIONE OBBLIGATORIA (ante partum/post partum)**
- COMPLICANZE GESTIONALI**
- CONGEDO PARENTALE**
- CONGEDO MALATTIA FIGLIO (1/3ANNI)**
- PERMESSI LEGGE 104/92 accompagnatore/portatore**
- ALTRO CASO PREVISTO DALLA LEGGE :** _____

Turno servizio: dalle _____ alle _____

Allego/ allegherò la seguente documentazione: _____

Fiano Romano, _____

FIRMA

VISTO

- SI AUTORIZZA
- NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Loredana Cascelli

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

..l... sottoscritt.....
nat... ail.....con residenza nel comune di
..... Via in qualità di
a conoscenza di quanto previsto dall'art. 26 della legge 4.1.68 n. 15 sulla
responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni
mendaci e dall'art.11, del D.P.R. 20/10/1988 n. 403 sulla decadenza dai
benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla
base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 4
della citata L 15/68, dell'art. 2, comma 1 del D.P.R. 403/98 e sotto la
propria responsabilità

DICHIARA
