Al Dirigente Scolastico IPSEOA di Formia "Angelo Celletti"

Prot. n. _____

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso questo istituto

nel corrente A. S. 20. _/20_

☐ ATA ☐ indeterminato ☐ determinato

Qualifica: ☐ D.S.G.A. ☐ A.A. ☐ A.T. ☐ Cuoco ☐ Guardarob. ☐ Infermiere ☐ Coll. Scolastico

comunica/chiede di assentarsi dal _____ al _____

Per complessivi giorni (_____) per:

☐ permesso breve per espletamento visite, terapie, esami diagnostici (art.33 ccnl/2018 massimo 18 ore)

☐ permesso breve dalle ore _____ alle ore _____ (recuperato il _____)
entro due mesi

☐ permesso retribuito(*)

- ☐ partecipazione a concorso/esame
- ☐ lutto familiare
- ☐ motivi personali/familiari
- ☐ matrimonio

☐ astensione facoltativa dal lavoro prevista dalla legge 30 dicembre 1971, numero 1204 (*)

☐ astensione dal lavoro prevista dalla legge 30 dicembre 1971, numero 1204 (**)

☐ malattia (**)

☐ aspettativa per motivi di famiglia/studi

☐ altro caso previsto dalla normativa vigente (*) _____

Con osservanza

Formia, _____ firma _____
(data) Firma del dipendente

(*) allegare documentazione giustificativa (**) allegare certificazione medica

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

☐ documentazione giustificativa ☐ certificazione medica

_____ _____

(Assistente amm.vo addetto al controllo) D.S.G.A. - Sig.ra Adelfina PIMPINELLA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

_____ consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e per le mendaci dichiarazioni (art. 76 DPR 445/2000)

DICHIARA

di voler usufruire di _____ giorn___ dal _____ al _____di permesso retribuito ai sensi dell'art. 15 c. 2 del CCNL 2006/2009

per motivi:

_____

_____

_____ _____

(data) (firma*)