MODELLO ASSENZE DOCENTI - **ISTITUTO COMPRENSIVO ATRI TE**

Viale Umberto 1° n. 3 64032 Atri (TE) Tel:085/87265E-mail teic834002@istruzione.it C.F.90015850671 - Cod. Mecc. TEIC834002

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO ATRI (TE)

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso codesta Scuola in qualità di _____

☐ T.I. (ruolo) ☐ T.D. (supplenza annuale 30/06- 31/08) ☐ T.D. (supplenza breve)

CHIEDE

Alla S.V. di assentarsi per gg._____dal_____al _____

per ore_____dalle ore _____ alle ore_____il _____

per il motivo sotto indicato:

☐Aspettativa: ☐famiglia ☐lavoro ☐personali ☐ studio (la certificazione sarà richiesta dall'Ufficio)
☐Assenza per malattia (allegare certificato medico ed eventuale cambio di indirizzo di reperibilità)
☐Assenza per visita medica, prestazione specialistica, analisi cliniche (allegare certificato)
☐Congedo parentale: ☐ 1-12 anni (ex facoltativa) (allegare attestazione di nascita)
☐ malattia del bambino fino a 3 anni (allegare certificato) e (attestazione di nascita)
☐ malattia del bambino 3-8 anni (allegare certificato) e (attestazione di nascita)
☐Corsi di aggiornamento (max. 5 giorni all'anno) (allegare tipologia ed attestati)
☐Gravidanza e puerperio (legge 1204/71 e successive modifiche ed integrazioni) (la certificazione sarà richiesta dall'Ufficio).
☐Gravi patologie (allegare certificato)
☐Permesso retribuito/non retribuito per concorsi-esami (max. 8 giorni compreso i viaggi) (allegare certificato)
☐Permesso per lutto (max. 3 gg. per evento) (allegare dich. sostitutiva)
☐Permesso retribuito /non retribuito per motivi familiari o personali (max. 3 gg. all'as. - allegare dich. sost)
(Usuf. gg. …..... Rim. gg…….)
☐Permesso retribuito ferie documentate (max. 6 gg. oltre ai 3 gg.) (allegare dich. Sost)
☐Permesso retribuito per matrimonio (max. 15 gg.) (allegare dich. Sost)
☐Permesso retribuito per ore di studio (allegare certificazioni e dich. sostitutiva)
☐Permesso per donazione del sangue (allegare certificato)
☐Permesso sindacale (allegare certificato)
☐Permesso per amministratori enti locali (allegare certificato) (allegare dich. sostitutiva)
☐Permesso L.104/92
☐Ricovero ospedaliero (allegare certificato)
☐Altro _____

A tal fine allega: ☐ n°_____certificati / autocertificazioni ☐ n°_____documenti da esibire al rientro

Data_____Firma _____

RISERVATO ALL'UFFICIO **PROT. N._____DEL_____/____/_____**

Annotazioni del Dirigente Scolastico

☐ *Si autorizza* ☐ *Non si autorizza*

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Nadia Graziani

Viale Umberto 1° n. 3 64032 Atri (TE) Tel:085/87265E-mail teic834002@istruzione.it C.F.90015850671 - Cod. Mecc. TEIC834002

PERMESSO RETRIBUITO PER MOTIVI PERSONALI – FAMILIARI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(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 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 dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera**

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che l'assenza per Permesso Retribuito dal _____

al _____ richiesta in data _____ prot. n. _____ per :

- ☐ Motivi Personali
- ☐ Motivi Familiari

È dovuta al seguente motivo:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____,____/____/_____

IL/LA DICHIARANTE _____