



Al Dirigente Scolastico
C.P.I.A.
PAVIA

Oggetto: Richiesta di astensione dal lavoro

Il/La sottoscritto/a _____

ATA **DOCENTE** *(barrare la casella corrispondente)*

in servizio presso questo Istituto nel corrente anno scolastico con incarico a tempo:

DETERMINATO **INDETERMINATO**

chiede alla S.V. di poter usufruire del periodo:

dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____ per complessivi n. _____ giorni di:

Ferie relative al corrente a.s.
 maturate e non god. nel prec. a.s. **Festività** previste dalla legge - art. 20 CCNL 4/08/95, L. 937/77

Permesso retribuito per (*)
 partecipazione a concorso/esame
 lutto familiare (retr. anche pers. TD)
 diritto allo studio (*) (retr. anche pers. TD)
 motivi personali/familiari
 matrimonio (retr. anche pers. TD)
 attività di formazione e aggiornamento (art. 64 del CCNL 29/11/2007)
 partecipazione a convegno/congresso (solo pers. T.I.) (art. 453, c. 1, D.Lvo 16/04/94 n. 297)
 Permesso non retribuito per (*)
(solo personale tempo determinato)
 partecipazione a concorso/esami
 motivi personali/familiari

Malattia ()** **Malattia - gravi patologie (***)**
 Visita specialistica (*) **Inffortunio:** causato da terzi..... SI ... NO

Aspettativa per motivi di famiglia/studio (*)

Permesso breve dalle ore _____ alle ore _____ per il giorno _____ (tot. Ore _____ nella giornata)

Legge 21/03/90 n. 53 (operazioni relative alle elezioni amministrative) (**)**

Maternità (*)** Astensione Congedo _____

Legge 104/92 - giorni già goduti nel mese: 1 2 3

Permesso sindacale (*) _____

Altro caso (*) previsto dalla normativa vigente: _____

Il sottoscritto dipendente dichiara pertanto di essere a disposizione dell'Istituto a partire dal _____
recapiti per eventuali contatti: cell./tel. _____ mail _____

(data) _____ (firma) _____

(*) allegare documentazione giustificativa; (**) allegare certificazione medica e eventuali giustificiche assenza in orari di visita fiscale; (***) allegare certificazione medica; (****) allegare copia nomina e, al rientro, attestato di partecipazione.

VISTO IL REFERENTE DI PLESSO: _____

PER IL PERSONALE ATA: VISTO IL D.S.G.A. _____

SI concede NON si concede IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE O DI ATTO DI NOTORIETA'
(DPR 28/12/2000 n. 445. Art. 46, 47, 48)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)

*avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt.. 46,47 del DPR 28/12/2000 n° 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, (previste dal **Codice Penale e dalle Leggi speciali** in materia):*

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che la motivazione della richiesta è:

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Dlgs 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali". DPR 445/2000 art. 16)

Pavia, _____

Firma di autocertificazione _____
(DPR 445/2000. artt. 38, 46,47)