docenti e non docenti

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 (**)**
☐ **Visita specialistica (*)**
☐ **Malattia - gravi patologie (***)**
☐ **Infortunio:** 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 giustifiche 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. **Ada Arcorace**

☐ SI concede ☐ NON si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Ing. Daniele Stefano Bonomi

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)