

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso  
codesto Istituto nella scuola  **Sec. 1° Motto**  **Primaria Politi**  **Primaria Pascoli**  **Infanzia Florinda**  
in qualità di  **DOCENTE**  **ATA** con contratto a tempo  **INDETERMINATO**  **DETERMINATO** di ore \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla S.V. di assentarsi per gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per:

**ferie** (ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009) e dell'art. 35 del CCNL 2019/21  a.s. precedente -  a.s. corrente  
Per il personale docente durante lo svolgimento dell'attività didattica è previsto un differente modello con indicazione della necessaria sostituzione

**ferie per motivi personali/familiari personale docente** (ai sensi dell'art. 1 5comma 2 del C.C.N.L. 2006/2009)  
Fruibili una volta esauriti i 3 permessi annuali per motivi familiari e personali e previa compilazione della stessa autocertificazione(\*) sul retro

**festività soppresse** (previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)

**recupero ore eccedenti** per un totale di ore di servizio \_\_\_\_\_

**permesso breve (\*)** per il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
sull'intero orario di servizio di ore \_\_\_\_\_ (la durata dei permessi brevi **non può essere superiore alla metà dell'orario giornaliero individuale di servizio** e, comunque, per il personale docente fino ad un massimo di **due ore**, essi si riferiscono ad unità minime che siano orarie di lezione ed il limite annuo corrisponde al rispettivo orario settimanale di insegnamento).

**malattia** (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)

**malattia**  **ricovero ospedaliero/intervento**  **visita specialistica**  
Durante il periodo di assenza per malattia il sottoscritto sarà domiciliato presso (se diverso dal domicilio conosciuto)  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_

**visite mediche personale ata** (ai sensi dell'art. 33 del C.C.N.L. 2016/2018)

fruizione giornaliera per ore totali di servizio \_\_\_\_\_  fruizione oraria per ore complessive \_\_\_\_\_

**infortunio sul lavoro / malattia dovuta a causa di servizio** (ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)

**permesso motivi familiari e personali** (ai sensi dell'art. 15 e 19 del C.C.N.L. 2006/2009)

non retribuito  retribuito per le seguenti motivazioni : **autocertificazione sul retro prevista dalla normativa vigente (\*)**

**permesso motivi familiari e personali personale ATA** (ai sensi dell'art. 31 del C.C.N.L. 2016/2018) (\*)

in modalità oraria per un totale di ore \_\_\_\_\_ sull'intero orario di servizio di ore \_\_\_\_\_

**permessi vari** (ai sensi dell'art. 15 e 19 del C.C.N.L. 2006/2009) (\*)

**concorsi/esami**  **lutto**  **matrimonio**  **altro** \_\_\_\_\_  
Per i permessi ai sensi dell'art.15, comma7, del Ccnl scuola2006/2009 e art.3 Dpr395/88, **Diritto allo studio**, è previsto un differente modello

**permesso legge 104/92** - la certificazione deve risultare già presente agli atti della scuola-

assistito:  se stesso  altro: \_\_\_\_\_

Con Osservanza

Viareggio li, \_\_\_\_\_

Visto  
Il Responsabile di Plesso

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof. Davide Cammisuli

## 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° \_\_\_\_\_ ,

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

### D I C H I A R A

di voler usufruire di \_\_\_\_\_ giorno/i di permesso retribuito *come indicato in domanda* per i seguenti motivi

---

---

---

---

---

---

---

---

Viareggio lì, \_\_\_\_\_

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_