

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 _____

C H I E D E

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
