

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo I
Lissone

__l__ sottoscritt__

in servizio presso codesto Istituto in qualità di

☐ personale A.T.A. ☐ a tempo indeterminato

☐ a tempo determinato

☐ l'assenza è imputabile ad un terzo responsabile SI NO

C H I E D E

Numero giorni _____ di * _____

dal _____ al _____

Dichiara:

- ☐ di essere a disposizione dal giorno _____
- ☐ di essere reperibile, durante il suddetto periodo, al seguente recapito:

data _____

firma _____

Allega: _____

* *Nota:*

- assenza per malattia (anche visita specialistica), infortunio;
- permesso retribuito / non retribuito per: motivi familiari, personali, lutto, partecipazione a concorsi o esami (anche universitari), diritto allo studio;
- ferie documentate durante le attività didattiche (gg. 6 ai sensi art. 13 – c. 9 – CCNL/07);
- aggiornamento;
- permesso L. 104/92, artt. 21 e 33

VISTO, NON/SI CONCEDE

IL DIRETTORE S.G.A
Sig.ra Maria Filomena Rosamilia

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Malvina POGGIAGLIOLMI

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(Artt. 4 e 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e (Art. 15 Legge 12 novembre 2011, n.183)

Il / La sottoscritt_____ ,
nat_____ a _____ (_____) il _____
residente a _____ (_____) via _____ n. _____
codice fiscale n. _____
in qualità di _____

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000,**

D I C H I A R A

data _____

(firma del dichiarante)

(esente da imposta di bollo ai sensi art. 37 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)