



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI RECALE

Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria di Primo Grado

Viale Europa 3 Recale - CE



**MIM**  
Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

Il/la sottoscritto/a  in servizio presso codesto Istituto,

in qualità di  con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
(indeterminato/determinato)

## CHIEDE

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

**Ferie** (ai sensi dell'art. 28 del C.C.N.L. 2016/2018) -  A.S. precedente -  A.S. corrente

**Festività sopresse** (previste dalla legge 23/12/1977, n° 937 e art.1 comma 10 CCNL 2016/18)

**Recupero lavoro straordinario maturato**

**Malattia** (ai sensi dell'art.33 del C.C.N.L. 2016/2018) (\*\*)

Malattia causa servizio

Visita specialistica -  Ricovero ospedaliero -  Analisi cliniche -  Day Hospital

**Permesso retribuito** (ai sensi dell'art.31 del C.C.N.L. 2016/2018) (\*)

Concorsi/esami -  Motivi personali/familiari -  Lutto -  Matrimonio

**Aspettativa per motivi di:** (ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009 e art.1 comma 10 CCNL 2016/18)

Famiglia -  Lavoro -  Personali -  Studio

**Maternità:**  Interdizione dal lavoro (\*\*)

Astensione obbligatoria (\*\*)

Astens. facoltativa (art. 7 co. 1 L. 1204/71) (\*) -  Astens. facoltativa (art.7 co. 2 L. 1204/71) (\*\*)

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

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

**Altro caso previsto dalla normativa vigente (\*):**

**Permesso breve:** per il giorno  dalle ore  alle ore  per tot. Ore

(\*) **Motivaz./Allegare dichiaraz. Sostitutiva.**

(\*\*) **Allegare certificazione medica.**

Durante il periodo di assenza, il sottoscritto sarà domiciliato in

Via  n°  tel./cell.

Recale,

Con Osservanza

Vista la domanda, si esprime parere

Favorevole  Non favorevole

Il D.S.G.A / Il Responsabile del Plesso

Vista la domanda,

Si concede  Non si concede

La Dirigente Scolastica  
Prof.ssa Matriona De Matteis

codice meccanografico CEIC85900E / codice fiscale 93077990617 / codice univoco UF5S8P

Tel. Segreteria 0823 464708 / www.icsrecale.edu.it / email ceic85900e@istruzione.it / PEC ceic85900e@pec.istruzione.it



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a

(cognome)

(nome)

nato/a a

(luogo)

(prov.)

il

residente a

(luogo)

(prov.)

in via

(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

### DICHIARA

*(indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta ed autocertificabili ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000)*

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Il/la dichiarante \_\_\_\_\_

(firma per esteso e leggibile)

La firma in calce non deve essere autenticata.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.