

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo Istituto nel corrente a.s. con incarico a tempo indeterminato/determinato con la qualifica di docente/ATA CHIEDE di poter usufruire per il periodo dal _____ al _____ di complessivi n° _____giorni/ore di:

<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> relative al corrente a.s. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente a.s. dal _____ al _____
<input type="checkbox"/> festività soppresse previste dalla Legge 23/12/1977, n.937
<input type="checkbox"/> permesso retribuito/non retribuito per: (*) <input type="checkbox"/> motivi personali/familiari <input type="checkbox"/> concorso/esame <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> lutto familiare (_____)
<input type="checkbox"/> permesso breve giorno _____dalle ore ____ alle ore ____per n. ore ____su ore di servizio (_____);
<input type="checkbox"/> Congedo parentale nei primi 12 anni di vita del bambino;
<input type="checkbox"/> Congedo per malattia del figlio <input type="checkbox"/> fino a 3 anni <input type="checkbox"/> da 3 a 8 anni (allegare dichiarazione del coniuge)
<input type="checkbox"/> Malattia
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio (*)
<input type="checkbox"/> Altri casi previsti dalla normativa vigente (*) _____
<input type="checkbox"/> Recupero Straordinario già effettuato per n. _____ore (solo per personale ATA)
<input type="checkbox"/> Permesso 150 ore (diritto allo studio) per n. ore _____
<input type="checkbox"/> Permesso LEGGE N. 104/1992 _____
(*) allegare documentazione giustificativa o autocertificare

Il sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo

Galatina _____

Firma dell'interessato

Riservato alla Segreteria	
Fonogramma del _____	Ore: _____
Trasmette _____	Riceve _____
Parere: (Favorevole o Non Favorevole) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Il Direttore S.G.A. <i>Dott.ssa Marina PAGLIALONGA</i>	

Parere: (Favorevole o Non Favorevole) SI NO
Richiesta visita fiscale SI NO

Il Dirigente Scolastico
Prof. Vincenzo MELILLI

Dichiarazione sostitutiva di certificazione – PERMESSI RETRIBUITI/NON RETRIBUITI (PER TUTTO IL PERSONALE)
(articolo 46 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali e della revoca di benefici previsti per le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi,

DICHIARA

di voler usufruire di _____ giorno/i di permesso _____

dal _____ al _____ per i seguenti motivi:

Galatina, _____ Il dichiarante _____