

COMUNICAZIONE ASSENZA – RICHIESTA PERMESSI

Il/La sottoscritto/a in servizio in questa Istituzione scolastica punto di erogazione di in qualità di con contratto a tempo **indeterminato/determinato**

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire del periodo dal al

n. gg. per il seguente motivo:

MALATTIA _____ specificare se assenze dovute a visite mediche, esami clinici, ecc.. da accertare con certificato medico
(specificare se trattasi di malattia imputabile a terzi) SI NO

PERMESSO GIORNALIERO LEGGE 104/92: Specificare se fruito:
per se stessi per assistenza a parenti

Specificare: nominativo dell'assistito _____ parentela _____

Il sottoscritto dichiara che, ai sensi del D.L. 105/2022, i giorni richiesti per l'assistenza al parente disabile non superano il massimo di 3 giorni mensili ovvero 18 ore fruibili alternativamente tra tutti coloro che ne hanno diritto.

PERMESSO RETRIBUITO PER: (da accertare con certificato e/o autocertificazione)

- Partecipazione a concorso/esame _____
- Diritto allo studio _____
- Lutto Familiare _____
- Motivi personali /Familiari _____
- Matrimonio _____
- Corso di aggiornamento, convegno, seminario _____
- Altro (previsto dalla normativa) _____

PERMESSO ORARIO PER MOTIVI PERSONALI E FAMILIARI dalle orealle ore.....

PERMESSO NON RETRIBUITO

Data FIRMA

IL DSGA *Giovanni LIGATO*

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Claudio Angelo CORBETTA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
AL DIRETTORE S.G.A.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto:

Cognome.....nome

nato a (prov.....) il

e residente in (prov.)

via n.....

DICHIARA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

.....
(luogo e data)

il dichiarante.....
(firma per esteso e leggibile)