

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI CODOGNE' E GAIARINE

Oggetto: Richiesta permesso motivi personali/ Visita, terapia, prestazione specialistica o esami diagnostici

Il/La sottoscritto/a _____

In servizio presso questo Istituto in qualità di:

Assistente amministrativo Collaboratore scolastico

presso di _____

con contratto a tempo Indeterminato Determinato

CHIEDE

di assentarsi dal _____ al _____ per gg. _____

oppure per ore _____ (dalle ore _____ alle ore _____)

per il seguente motivo:

- Permesso per motivi personali o familiari** (ai sensi dell'art. 67 e art.35 del C.C.N.L. 18/01/2024)
- Visita, terapia, prestazione specialistica o esami diagnostici** (ai sensi dell'art. 69 del C.C.N.L. 18/01/2024)

 Fornirà documentazione al rientro

Allega autocertificazione

Data _____

(firma)

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CODOGNE' e GAIARINE

VISTO: si concede non si concede

IL D.S.G.A.
Susanna Conzon

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Angela Amato

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 e art. 76 T.U. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nata a _____ (____) il _____, residente a

_____ (____) in via _____,

collaboratore scolastico/assistente amministrativo con contratto a tempo indeterminato/determinato

presso la Scuola _____, consapevole della

responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa e comunque non

corrispondente al vero ai sensi dell'art. 76 T.U. 28.12.2000 n. 445

DICHIARA

Lì, _____

(firma)

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. n. 196/2003 "Tutela della Privacy")

Lì, _____

(firma)