

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI CASTEL SAN PIETRO TERME (BO)**

Oggetto: RICHIESTA/COMUNICAZIONE DI ASSENZA DAL LAVORO.

Il sottoscritto _____

In servizio presso questo Istituto nel corrente A.S. con incarico a tempo _____

In qualità di _____

Chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di:

Ferie relative all'anno scolastico _____

Firma del collega che sostituisce a titolo gratuito _____

(Nel caso in cui le ferie non siano state precedentemente programmate e sia necessaria la sostituzione)

Festività previste dalla L. 23 dicembre 1977, n.937

Permesso retribuito per

(compilare l'autocertificazione specificando bene le motivazioni)

partecipazione a concorsi/esami

lutto familiare

motivi familiari /personali

matrimonio

Malattia con allegato certificato medico

(da presentare tassativamente entro i 5 gg. Successivi all'inizio della malattia)

Malattia per visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici

(giornata intera, compilare autocertificazione)

Legge 104/92

Aspettativa per motivi di famiglia/studio

Altro caso previsto dalla normativa vigente _____

Dichiara che:

la causa dell'assenza non dipende da terzi

la causa dell'assenza dipende da

(indicare generalità del dante causa)

Recapito durante l'assenza _____

(Firma del dipendente)

Visto della portineria per presa visione: _____

VISTO SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

Il D.S.G.A.
Giovanna Cafasso

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Laura Santoriello

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Rilasciata ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n.445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ in Via _____

C.I. n. _____ rilasciata dal Comune di _____ il _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n.445, in caso di false dichiarazioni e che decadono i benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione rivelatasi, successivamente, non veritiera

DICHIARA

che lo/la stesso/a in data _____ dovrà assentarsi per il seguente **motivo familiare/personale:**

che lo/la stesso/a in data _____ si recherà presso la struttura:

(denominazione della struttura)

a _____ in Via _____

per sottoporsi a **visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici**

dalle ore _____ alle ore _____

presenterà il certificato di presenza rilasciato dalla struttura.

che lo/la stesso/a in data _____ si è recato/a presso l'Ente:

(denominazione dell'Ente)

a _____ in Via _____

per partecipare al **Concorso/Esame** _____

dalle ore _____ alle ore _____

Castel San Pietro Terme, _____

IL/LA DICHIARANTE
