Al Rettore - Dirigente Scolastico
Convitto Nazionale Statale "R. Bonghi"
LUCERA

Il/la sottoscritto/a _____,

in servizio presso questo Convitto in qualità di

☐ *docente I.P.S.S.A.R.* ☐ *educatore*

☐ *docente I.P.S.I.A.* ☐ *A.T.A.*

○ **CHIEDE** ○ **COMUNICA(*)**

alla S.V. di fruire

dal _____ al _____ di n. _____ giorni/ore di
(dalle ore _____ alle ore_____)

☐ *ferie*

☐ *ferie per particolari motivi* **(1)**

☐ *assenze per malattia*

☐ *assenze per malattia* **(2)**
(permessi per visite specialist., terapie e accertam. diagn.)

☐ *riposo compensativo*

☐ *ex festività soppresse*

☐ *permessi retribuiti* **(1)**

☐ *permessi brevi a recupero*

☐ *permessi L.104 art.33 c.3*

☐ *permessi L.104 art.33 c.6*

☐ *altro* _____
(specificare)

Allega la seguente documentazione:

_____

_____

Comunica di essere reperibile al seguente indirizzo:
_____

_____

(data) _____

(firma) _____

(*) - Assenze per malattia
(1) – Allegare documentazione giustificativa o compilare dichiarazione sul retro.
(2) – Allegare prescrizione medica (senza diagnosi)e compilare dichiarazione sul retro.

VISTO ☐ *si concede*

☐ *non si concede*

IL RETTORE/DIRIGENTE SCOLASTICO

(prof.ssa Antonella FALCO)

(1) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 D.P.R.. 445/2000)

Permessi retribuiti – Ferie per particolari motivi

Il/la sottoscritto/a.....
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità,

D I C H I A R A

i motivi della richiesta:

……
……
……
……
……
……
……

....., li.....

Firma del dichiarante

.....

(2) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 D.P.R.. 445/2000)

Permessi Visite specialistiche, terapie ed accertamenti diagnostici

Il/la sottoscritto/a.....
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità,

D I C H I A R A

☐ che non può fruire di altri istituti del C.C.N.L. per le seguenti motivazioni:

……
……
……
……
……

☐ che è richiesta nel proprio orario di lavoro per le seguenti motivazioni:

……
……
……
……
……

....., li.....

Firma del dichiarante

.....