

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_

- Docente : scuola infanzia/ primaria/ secondaria con contratto di lavoro a tempo  
 determinato /  indeterminato in servizio nel plesso di  Gatteo /  S. Angelo /  Gatteo Mare

**CHIEDE / DICHIARA**

di poter usufruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n.giorni \_\_\_\_\_ di:

**Ferie e Festività sopresse**

- relative al corrente a.s. durante periodi di attività didattica (gg.6 all'anno) (a)

**Permesso retribuito** (Art. 15 CCNL) per

- partecipazione a concorso/esame (gg. 8 all'anno) (b)  
 motivi personali/familiari (gg. 3 all'anno) (b)  
 altro: \_\_\_\_\_

**Permesso retribuito Diritto studio** (DPR 395/88)

**Permesso non retribuito** (Art. 19 CCNL) per (personale con contratto a termine)

- partecipazione a concorso/esame (gg. 8 all'anno) (b)  
 motivi personali/familiari (gg. 6 all'anno) (b)

**Malattia** (Art. 17 CCNL) per

- motivi di salute (documentare con certificato medico) (c)  
 prestazioni specialistiche (certificazione medica) (d)  
 accertamento diagnostico (d)

**Permesso retribuito per agevolazione a portatori di handicap** (Legge 104/1992: gg.3 al mese) specificando la motivazione

**Permesso per formazione/aggiornamento docenti** (Art.64 CCNL: gg.5) (b)

**Lutto** (Art. 15 e Art. 19 CCNL: gg. 3 ad evento) (b)

**Matrimonio** (Art. 15 e Art. 19 CCNL: gg. 15 consecutivi) (b)

**Congedo non retribuito per eventi e cause particolari** (decesso o gravi patologie di familiari) (Art. 4 L. 53/2000) (b)

**Aspettativa non retribuita per motivi di famiglia/studio** (Art. 18 CCNL) (b)

**Maternità** (Art. 12 CCNL) per

- astensione obbligatoria per complicanze nella gestazione  
 astensione obbligatoria  
 riduzione orario per allattamento  
 congedo per malattia del figlio  
Cognome/Nome/ Data di nascita \_\_\_\_\_

**Permesso sindacale**

**Permesso per carica pubblica elettiva**

**Permesso per funzione elettorale o per esercizio del voto**

**Permesso per donatori di sangue**

**Obblighi legali/civili**

**Altro caso previsto dalla normativa vigente:** \_\_\_\_\_

**Permesso breve il giorno** \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_ (e)

**Cambio turno / giorno libero**

sarà in servizio il (giorno e data) .....  
anziché il giorno (giorno e data) .....  
cambio con il/la collega .....  
recupero ore a credito .....  
recupero ore a debito .....  
firma per accettazione (del/la collega) .....  
motivo .....  
firma per presa visione del capogruppo .....

Gatteo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

D

VISTO:  SI AUTORIZZA  NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Imelda LAMBERTINI

- (a) Compilare la parte 1 sul retro, con firma per accettazione dei colleghi disponibili alla sostituzione
- (b) Compilare la parte 2 sul retro ad autocertificazione, specificando la motivazione della richiesta
- (c) Segnalare eventuali variazioni per reperibilità visita fiscale in parte 3 sul retro
- (d) Inviare certificazione medica attestante che la visita e/o il trattamento specialistico non potevano essere effettuati fuori dell'orario di servizio, con indicazione del tempo resosi necessario per la prestazione
- (e) I permessi vanno recuperati entro i due mesi successivi a quello della fruizione del medesimo, prioritariamente con riferimento alle supplenze

**1) Sostituzioni effettuate dai colleghi**

Data: .....

Ora	Classe	Docente in sostituzione	Firma
1 <sup>a</sup>			
2 <sup>a</sup>			
3 <sup>a</sup>			
4 <sup>a</sup>			
5 <sup>a</sup>			
mensa			
6 <sup>a</sup>			
7 <sup>a</sup>			
8 <sup>a</sup>			

Data: .....

Ora	Classe	Docente in sostituzione	Firma
1 <sup>a</sup>			
2 <sup>a</sup>			
3 <sup>a</sup>			
4 <sup>a</sup>			
5 <sup>a</sup>			
mensa			
6 <sup>a</sup>			
7 <sup>a</sup>			
8 <sup>a</sup>			

Data: .....

Ora	Classe	Docente in sostituzione	Firma
1 <sup>a</sup>			
2 <sup>a</sup>			
3 <sup>a</sup>			
4 <sup>a</sup>			
5 <sup>a</sup>			
mensa			
6 <sup>a</sup>			
7 <sup>a</sup>			
8 <sup>a</sup>			

**2) Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/lasottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della Legge n. 15/1968 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, e dall'art. 11, comma 3, del D.P.R. 20/10/98, n. 403 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti della citata legge n. 15/68, del D.P.R. n. 403/98 e sotto la propria responsabilità **DICHIARA:**

**3) Segnalazione variazione dimora abituale durante la malattia**

Diverso indirizzo \_\_\_\_\_

**Reperibilità per visita fiscale nelle fasce orarie 10.00-12.00 e 17.00-19.00**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma per esteso e leggibile )