

Prot n. _____ del _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
AL DSGA
dell'I.C. MIRAMARE

L _____ sottoscritto/a _____
(cognome e nome) (qualifica)

a tempo Indet./Det. AL _____ in servizio nel plesso _____ nel corrente a.s.

CHIEDE alle S.V. di poter fruire

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

(solo ATA) Il _____ dalle _____ dalle _____ per ore _____ su 18 annuali

- ferie/ festività soppresse corrente anno scolastico anno scolastico precedente
- visita specialistica/ricovero ospedaliero e convalescenza: **allegherà** certificazione medica
- Permesso **RETRIBUITO** per:
- motivi personali/familiari: (da **documentare** anche mediante autocertificazione ai sensi dall'art. 31 del CCNL/2018) vedi **RETRO**.
 - Diritto allo studio -150 ore (si **allegherà** attestazione di presenza)
 - lutto (indicare parentela: _____) occorso il _____ (si **allegherà** certificazione relativa)
 - matrimonio che si celebrerà il _____ (si **allegherà** certificazione relativa)
 - Obblighi legali
 - partecipazione a concorso/esame (si **allegherà** attestazione di presenza)
 - altro caso previsto dalla normativa _____
- astensione dal lavoro prevista dalla LEGGE 1204/71 "**TUTELA DELLE LAVORATRICI MADRI**"
- Interdizione dal lavoro per gestazione difficile
 - Astensione obbligatoria per gravidanza: _____ data presunta parto _____
 - Astensione obbligatoria per puerperio
- Congedo parentale Astens. Facolt. prevista dalla L. 1204/71 per il _____° figlio nato il _____: gg retribuiti al 100% _____; al 30% _____ - congedi precedentemente usufruiti gg _____ si allega **dichiarazione del coniuge** sul retro relativa ai giorni già fruiti per il medesimo motivo;
- Congedo per malattia del figlio/a nato il _____; si allega certificato del pediatra e **dichiarazione del coniuge** (sul retro) che non ne usufruirà negli stessi giorni per il medesimo motivo;
- Permesso **NON RETRIBUITO** per _____

Rimini _____

FIRMA _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Il dipendente ha già fruito di complessivi _____ giorni di _____ nel corso del

corrente a.s. _____ / _____ ultimo triennio

IL DSGA
Dott.ssa Francesca Romana Rizzi

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Maria Rita Meli

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 T.U. –
D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

Via _____ n. _____

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003

DICHIARA Affinchè l'amministrazione possa effettuare idonei controlli,

(indicare i dati necessari ad eventuale verifica d'ufficio):

Luogo e data _____

Il dichiarante

Si informa che l'articolo 71 del **T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000** (Modalità dei controlli) stabilisce **che le amministrazioni sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, pertanto la dichiarazione deve contenere I dati necessari all'effettuazione di eventuali verifiche d'ufficio.**