AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IISS "COLONNA" GALATINA (LE)

___l___ sottoscritt_____

In servizio nell'as. 20____/20____Presso codesto Istituto in qualità di_____

a tempo ☐☐ Indeterminato ☐ ☐ Determinato

CHIEDE DI POTERSI ASSENTARE

dal ____/____/20____ al _____/_____/20_____ per un totale di gg _____ per il seguente motivo:

☐ assenza per malattia (documentata) (CCNL Art.17 per T.I. — Art 17 e 19 TD.)
- Specificare se trattasi di visita specialistica •

☐ Legge 104
- art. 33 c. 3 (affidatario di persone handicappate in situazione di gravità)
- art. 33 c. 6 (Agevolazioni personali)

☐ permesso per motivi familiari/personali: retribuito per TI (CCNL art. 15) non retribuito TD (CCNL art.19)

☐ permesso concorsi/ esami: retribuito per TI (CCNL art 15) non retribuito per TD (CCNL 19)

☐ a permesso retribuito per lutto (perdita coniuge — parenti entro 2^0 grado — affini entro 1^0 e componenti famiglia anagrafica) per TI art 15); per TD (CCNL 19)

☐ permesso malattia bambino inf.3 anni (D.L.gs151/2001 — CCNL art 12)

☐ permesso malattia bambino da 3 a 8 anni (D.L.gs151/2001 — CCNLart. 12)

☐ ferie a.s.20_____/20_____ (CCNLart. 13 per TI – art.19 per TD)

☐ festività soppresse (CCNL art 14)

☐ permesso per mandato amministrativo (DLgs. n-267/2000)

☐ congedo per matrimonio (CCNLart 13 per TI - art.19 per TD)

☐ aspettativa per motivi di famiglia/studio (senza assegni) (CCNLart 18 per T.I.— 19 per T.D.)

E' obbligo fornire il recapito durante l' assenza se diverso da quello di abituale residenza

☐ altro _____

ALLA DOMANDA ALLEGA

☐ Documentazione giustificativa costituita da _____

☐ Autocertificazione

RECAPITO (se diverso dal domicilio):
Via/piazza _____
C.A.P._____ Città _____
Tel. _____
(luogo e data) (firma del dipendente)

---------- **RISERVATO ALL'UFFICIO** ----------

Il dipendente ha già fruito di complessivi n. _____ giorni di _____

nel corso del ☐☐ corrente anno scolastico ☐ precedente anno scolastico.

Il Direttore Amministrativo

Note: _____
VISTO: ☐ Si autorizza ☐ Non si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Maria Rita Meleleo)

AUTOCERTIFICAZIONE di DECESSO

(Art. 46 - lettera h) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____ tel. _____
consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

D I C H I A R A

che _____
(cognome e nome del defunto)
nato/a in _____ (_____)
(comune di nascita) (provincia)
il _____ in vita residente in _____
(data) (comune)
via/piazza _____
(indirizzo e numero civico)
unito/a al/la sottoscritto/a dal seguente rapporto di parentela _____
è deceduto/a in _____ (_____)
(comune) (provincia)
in data _____.

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

data _____

_____ (1)
Firma del/la dichiarante **(per esteso e leggibile)**

(1) La firma non va autenticata, nè deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

Art. 74 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445.0