

Oggetto: Comunicazione di assenza dal lavoro

La/Il sottoscritto/a

Docente ☐ Scuola Media ☐

Scuola Primaria ☐ Scuola Infanzia ☐ I.R.C. ☐ Sostegno ☐ A.T.A. ☐

residente a in Via n°

in servizio presso codesta Istituzione scolastica nel corrente anno scolastico – Plesso
comunica/chiede alla S.V. che sarà assente/di poter usufruire :

dal al per complessivi n° giorni di

- ☐ **Malattia** (Art.17) (2) ☒ **Malattia (Visita specialistica – Accertamenti Clinici)** (2)
- ☐ Interdizione dal lavoro per maternità (2)
- ☐ Astensione obbligatoria dal lavoro per maternità { ☐ Gravidanza (data presunta parto _____)
☐ Puerperio (5) (_____)
- ☐ Congedo parentale (Art. 12) (art. 32 D.L.vo 26/03/2001, n.151) (5) (_____)
- ☐ Congedo parentale (art.12) (art. 47 Co. 1 D.vo 26/03/2001, n.151) (5) (_____)
- ☐ Ferie relative all'A.S. _____ / _____ (art. 13 c.9) – (1) (se art.15 c.2)
- ☐ Festività soppresse previste dalla Legge 23 Dicembre 1977, n.937 (art. 14)

Permesso Retribuito (Art.15) per
(personale a tempo Indeterminato)

- ☐ Partecipazione a concorso/esame (4) (comma 1)
- ☐ Lutto familiare (1) (3) (comma 1)
- ☐ Corso di aggiornamento – Seminario
- ☐ Motivi personali/familiari (4) (comma 2)
- ☐ Matrimonio (3) (comma 3)
- ☐ L. 104/92 (comma 6)

Permessi (Art. 19)
(personale a Tempo Determinato)

- ☐ Ferie (comma 2)
- ☐ Malattia (2) (commi 3,4,6)
- ☐ Partecipazione a concorso/esame (4) (comma 7)
- ☐ Motivi personali/familiari (4) (comma 7)

- ☐ **Riposo Compensativo**
- ☐ Permesso breve (art.16): dalle ore _____ alle ore _____ TOTALE ore _____
- ☐ che verrà recuperato il: _____
- ☐ Altro caso previsto dalla normativa vigente: (1) _____
- ☐ Aspettativa per motivi familiari _____

☐ **NUMERO PROTOCOLLO CERTIFICATO MEDICO :** _____
Con osservanza.

Marsala li,

Firma del dipendente

N.B. – ove non specificato gli articoli si riferiscono al C.C.N.L. sottoscritto in data 24.07.2003

- (1) Allegare documentazione giustificativa
- (2) Allegare certificazione medica
- (3) Anche per il personale a tempo determinato
- (4) La presente dichiarazione è resa in base agli artt. 46 e 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni ed integrazioni
- (5) Indicare la data di nascita del/della figlio/a (art.32 ast. Facoltativa) (art. 47 malattia del/della figlio/a).

VISTO

VISTO

PARERE

FAVOREVOLE

SI AUTORIZZA

NON FAVOREVOLE

Il Direttore dei Servizi generali ed Amministrativi
Caterina Daniela ABRIGNANI

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa PARRINELLO Maria

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000,N.445)

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000,N.445)

Il/La sottoscritt_____

nato/a a _____ (Prov. _____) e residente in _____

Via/C.da _____ n° _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 ;

Il/La sottoscritt_____ dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 45. Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non vericità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dalla scuola per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Marsala lì, _____

Firma _____

N.B. La presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti la normale certificazione richiesta o destinata ad una Pubblica Amministrazione nonché ai gestori di Pubblici Servizi e ai Privati che vi consentano.

