

PROT. N° _____ / FP del _____

Alla DIREZIONE DIDATTICA
2° CIRCOLO
PORTO SANT'ELPIDIO (FM)

..... I sottoscritt _____
nat..... il _____ a _____
Docente ◇ A.T.A. ◇ con contratto a Tempo Indet.to ◇ Tempo Determinato ◇
in servizio presso codesto Circolo Didattico,
nel plesso di _____

C O M U N I C A

(ai sensi dell'art. 15 C.C.N.L. del Personale del comparto Scuola sottoscritto il 29.11.2007)
la fruizione di giorni _____ di assenza a titolo di **permesso retribuito per motivi
familiari o personali**

dal _____ al _____
dal _____ al _____

A tal fine produce: Autocertificazione
 Certificazione medica

Autocertificazione

Il/La sottoscritt_ , sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, ai sensi dell'art. 46 della suddetta legge DICHIARA che:

(indicare con precisione **motivo dell'assenza, nominativi delle Agenzie o Professionisti presso cui ci si reca, luogo, indirizzo, n. civico, recapito telefonico ed orario** per consentire l'esercizio dell'eventuale azione di controllo da parte dell'Amministrazione di appartenenza)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tale autodichiarazione può essere anche allegata in busta chiusa.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'ex art. 13 D. Lgs. N. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Porto Sant'Elpidio, lì _____

In fede.

(firma)

VISTA LA PERTINENZA DELLE
MOTIVAZIONI DOCUMENTATE

SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Francesca D'ERCOLI