

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Como Borgovico
22100 COMO

Oggetto: assenze dal servizio

Il/la sottoscritto/a
in servizio presso codesto Istituto in qualità di
con contratto a tempo ☐ determinato ☐ indeterminato

C H I E D E

di assentarsi per gg. dal al per:

- ☐ ferie (*ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009*) ☐ a.s. precedente - ☐ a.s. corrente
- ☐ festività soppresse (*previste dalla legge 23/12/1977, n° 937*)
- ☐ recupero
- ☐ malattia (*ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009*)
 ☐ visita specialistica ☐ ricovero ospedaliero ☐ analisi cliniche
- ☐ permesso retribuito (*ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009*)
 ☐ concorsi/esami ☐ motivi personali/familiari ☐ lutto ☐ matrimonio
- ☐ aspettativa per motivi di: (*ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009*)
 ☐ famiglia ☐ lavoro ☐ personali ☐ studio
- ☐ legge 104/92 - giorni già goduti nel mese: ☐ 1 - ☐ 2 - ☐ 3
- ☐ infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio (*ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09*)
- ☐ altro caso previsto dalla normativa vigente:

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in
via n° tel.

• SI ALLEGA

Data

Firma

VISTO: ☐ **SI AUTORIZZA** ☐ **NON SI AUTORIZZA**

IL DSGA

VISTO: ☐ **SI AUTORIZZA** ☐ **NON SI AUTORIZZA**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.^{ssa} Marzia Pontremoli)

Oggetto: allegato alla richiesta di ferie / festività sopprese

Il/la sottoscritto/a in riferimento alla richiesta
di ferie / festività sopprese comunica le relative sostituzioni:

▪ **il giorno** sarà sostituito dal collega:

- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:

▪ **il giorno** sarà sostituito dal collega:

- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:

▪ **il giorno** sarà sostituito dal collega:

- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:

▪ **il giorno** sarà sostituito dal collega:

- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:
- dalle ore alle ore - Firma:

Data

Firma

VISTO: ☐ **SI AUTORIZZA** ☐ **NON SI AUTORIZZA**

IL DSGA

VISTO: ☐ **SI AUTORIZZA** ☐ **NON SI AUTORIZZA**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.^{ssa} Marzia Pontremoli

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Como Borgovico
22100 COMO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art. 3, comma 10, L. 15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403)

(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a
nato/a ail,
residente a via n°
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di
a tempo, consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate
le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base
della dichiarazione non veritiera

D I C H I A R A

di ☐ aver usufruito - ☐ voler usufruire

di giorno/i di permesso retribuito (*ai sensi dell'art. 15 c. 2 del CCNL 2006/2009*)

dal al per motivi
.....
.....
.....

Data

Il/la dichiarante

.....