|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Viale Monte S. Michele, 1242121 Reggio EmiliaTel. 0522 585785/585786Fax 0522 452889Email: reic847007@istruzione.itPEC: reic847007@pec.istruzione.it | I.C. Leonardo da Vinciweb www.icdavincireggioemilia.edu.it | REIC847007 UF7CAYC. F. 91160450358 |

Prot. n.  del 

Il/la sottoscritto/a  in servizio presso questo Istituto in qualità di:

 docente a tempo indeterminato  docente a tempo determinato

(****Infanzia – ****Primaria – ****Media) (****Infanzia –**** Primaria – ****Media)

A.T.A. a tempo indeterminato  A.T.A. a tempo determinato

(****D.S.G.A. -**** Ass. Amm.vo - ****Coll. Scol.) ( ****D.S.G.A. -****Ass. Amm.vo - ****Coll. Scol.)

# **CHIEDE\*:**

|  |
| --- |
| **COMUNICA** |

che gli/le venga concesso un :

**** Assenza per malattia **Permesso retribuito Permesso non retribuito**

**** Assenza per malattia **(continuazione)**

** Infortunio**  concorsi (gg. 8 all’anno);

lutto (gg. 3 ad evento);

**** Assenza per malattia **(visita medica) **motivi personali/familiari (gg.3 all’anno);

matrimonio (gg. 15 consecutivi);

altro………………………………...

Assenza per malattia **(Day Hospital)**

**** Assenza per malattia **(ricovero/post ricovero) Aspettativa art. 18 per ** Assenza per malattia **(patologie gravi)** Famiglia Studio Esp. Lav.

**\*PER QUESTE TIPOLOGIE DI ASSENZA**

**BISOGNA COMPILARE SEMPRE LA DICHIARARAZIONE SOSTITUTIVA RETROSTANTE**

dal  al  gg. 

N. Prot. Certificato medico 

Allega: 

# Reggio Emilia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Visto referente di sede Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTA l’istanza di cui sopra e la documentazione allegata si concede quanto richiesto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Elisabetta Fraracci

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Viale Monte S. Michele, 1242121 Reggio EmiliaTel. 0522 585785/585786Fax 0522 452889Email: reic847007@istruzione.itPEC: reic847007@pec.istruzione.it | I.C. Leonardo da Vinciweb www.icdavincireggioemilia.edu.it | REIC847007 UF7CAYC. F. 91160450358 |

Al Dirigente Scolastico

***DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE***

(DP.P.R. 445/2000)

*\_l\_ sottoscritt\_ *

*Nat\_ a  il *

*E residente a *

*Via  n.*

*Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole che, se in seguito a verifica effettuata dall’Amministrazione, la dichiarazione resa dal sottoscritto dovesse rivelarsi mendace, ciò comporterebbe la decadenza dal beneficio conseguito, ai sensi dell’art. 75 della medesima norma, ai sensi e per gli effetti dell’articolo 46 del D.P.R. 445/2000;*

***DICHIARA***

*Di aver chiesto di poter fruire di n. giorno/i di permesso* * retribuito * *non retribuito*

*per motivi ***concorso  lutto motivi personali/familiari  matrimonio altro **

per i seguenti motivi:







Data Il/La Dichiarante



