

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO  
di CASTELL'ARQUATO

Oggetto: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, cognome e nome \_\_\_\_\_, qualifica \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesto Istituto nel corrente anno scolastico con contratto a tempo \_\_\_\_\_ indeterminato/determinato  
chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n. \_\_\_\_\_ giorni di:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ferie   | { | <input type="checkbox"/> relative al corrente A.S.                       |
| <input type="checkbox"/> festività previste dalla L. 23/12/77, n. 937      |   | <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.       |
| <input type="checkbox"/> malattia  | { | <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame                 |
| <input type="checkbox"/> permesso NON retribuito                           |   | <input type="checkbox"/> lutto familiare                                 |
| <input type="checkbox"/> permesso retribuito                               |   | <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali                      |
| <input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio         | { | <input type="checkbox"/> matrimonio                                      |
| <input type="checkbox"/> maternità   |   | <input type="checkbox"/> congedo maternità art. 17 D.Lgs 26/03/01 n° 151 |
| <input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente _____ |   | <input type="checkbox"/> congedo maternità art. 16 D.Lgs 26/03/01 n° 151 |

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

li \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (firma)

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

La presente è pervenuta in data \_\_\_\_\_ Il dipendente ha già fruito di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di \_\_\_\_\_

Nel corso: \_\_\_\_\_ del corrente a.s. \_\_\_\_\_ del precedente a.s. \_\_\_\_\_ nel triennio

- documentazione giustificativa allegata: \_\_\_\_\_  
 certificazione medica allegata: \_\_\_\_\_

l'Assistente Amministrativa \_\_\_\_\_

firma del D.S.G.A. \_\_\_\_\_

**ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

VISTO: La Dirigente Scolastica  
Dott.ssa Anna Coppolelli

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Io sottoscritto/a  
nato/a a il  
residente in via

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

Sono consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 26 L. 15/1968 e – art. 11 comma 3, D.P.R. 403/98).

Sono a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui alla Legge 31.12.1996 n. 675 (Legge sulla Privacy), avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di Legge (art. 10 Legge 675/96).

data.

## IL DICHIARANTE