



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO "TOMMASO ANARDI"
 VIA PIETRO MELCHIADE n° 7 - 84018 SCAFATI (SA)
 CODICE MECCANOGRAFICO SAIC88300Q - CODICE FISCALE 80027780651
 E-MAIL: saic88300q@istruzione.it - PEC: saic88300q@pec.istruzione.it
 SITO WEB: ictommasoanardi.gov.it - TEL. - FAX: 0818631797

__ 1 __ sottoscritt _____

In servizio presso questo istituto nel corrente anno scolastico _____

In qualità di _____ a tempo _____

CHIEDE

Alla S.V. di poter usufruire

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

Per complessivi giorni _____ di:

MALATTIA FERIE PERMESSO STUDIO / ESAMI
 Protocollo (PUC) _____

ASTENSIONE: ANTICIPATA FESTIVITÀ SOPPRESSE PERMESSO L.104

ASTENSIONE: OBBLIGATORIA GIORNO COMPENSATIVO ALTRO

Durante il suindicato periodo è reperibile al seguente indirizzo:

Via _____ Città _____ Tel. _____

__ 1 __ sottoscritt _____ autorizza l'Amministrazione scolastica, con riferimento al "Codice in materia di protezione dei dati personali", di cui al D.L. 30/06/2003 n. 196, ad utilizzare i dati personali forniti dal richiedente solo ai fini istituzionali e per l'espletamento delle procedure previste dal presente decreto.

Scafati, _____

Firma _____

Per il personale ATA
 Visto il DSGA

Visto
 Il Dirigente Scolastico
 Prof. Guglielmo Formisano

Prot.n. _____ /07

del _____



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO "TOMMASO ANARDI"
 VIA PIETRO MELCHIADE n° 7 - 84018 SCAFATI (SA)
 CODICE MECCANOGRAFICO SAIC88300Q - CODICE FISCALE 80027780651
 E-MAIL: saic88300q@istruzione.it - PEC: saic88300q@pec.istruzione.it
 SITO WEB: ictommasoanardi.gov.it - TEL. - FAX: 0818631797

Il/La sottoscritto/a _____

Nat_ a _____ il _____

In servizio presso l'Istituto Comprensivo "T.Anardi" di Scafati

In qualità di _____

CHIEDE

Ai sensi degli artt. 15 del CCNL del 24.07.2003 e 21 del CCNL del 04.08.1995, la concessione di

n° _____ giorni di permesso retribuito dal _____ al _____ per motivi

personali/familiari.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

A conoscenza di quanto prescritto dall'art.26 della Legge 4 gennaio 1968 n.15, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.4 della citata Legge n.15/68 e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che per i motivi personali/familiari alla base della richiesta sono i seguenti:

(specificare chiaramente) _____

Il sottoscritt _____ autorizza l'Amministrazione scolastica, con riferimento al "Codice in materia di protezione dei dati personali", di cui al Decreto legislativo 30 giugno 2003, ad utilizzare i dati personali forniti dal richiedente solo ai fini istituzionali e per l'espletamento delle procedure previste dal presente decreto.

Il Dichiarante

Data

Per il personale ATA
 Visto il DSGA

Si Concede
 Il Dirigente Scolastico
 Prof. Guglielmo Formisano

Prot.n. _____ /fp

del _____