

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ in servizio presso codesta Scuola in qualità di docente

C.T.I. (ruolo)     C.T.D. (supplenza annuale 30/06- 31/08)     C.T.D. (supplenza breve)

PLESSO di \_\_\_\_\_ (infanzia – primaria - secondaria)

### CHIEDE

ASSENZA PER MALATTIA	n° certificato	GG	DAL	AL
Continuazione Prot. n° del				
Continuazione Prot. n° del				
Continuazione Prot. n° del				

ASPETTATIVA	GG	DAL	AL
Famiglia			
Studio/ricerca			

PERMESSI E CONGEDI	GG	DAL	AL
Congedi per malattia figlio inf. 3 anni			
Congedi per malattia figlio magg. 3 anni			
<i>Il/La sottoscritto/a dichiara, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, che l'altro genitore, sig./sig.ra _____, nato/a a _____ il _____ nello stesso periodo non si trova in astensione dal lavoro per malattia del/della figlio/a</i>			

LEGGE 104/92	GG	DAL	AL
<i>"Vista la documentazione prodotta dall'interessato/a da cui si evince che il familiare/affine che necessita di assistenza, con handicap in situazione di gravità, non è ricoverato a tempo pieno" SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></i>			

VARIE	GG	DAL	AL
Partecipazione a corsi di aggiornamento (max 5 gg)			
Partecipazione a corsi di aggiornamento (autorizzati da DS)			
Donazione sangue			

FERIE	GG	DAL	AL

PERMESSO GIORNALIERO RETRIBUITO	GG	DAL	AL
Part.Concorso / esami			
Permesso studio 150h			
Matrimonio (Max 15gg)			
Lutto familiare		IL	
Motivi personali/familiari		IL	

#### Autocertificazione

*Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni civili e penali previste dal Dpr 445/2000 in caso di dichiarazione falsa o mendace, che \_\_\_\_\_*

firma degli ins.ti disponibili alla sostituzione

FERIE SENZA ONERI

\_\_\_\_\_

BASSANO DEL GRAPPA, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Si autorizza     Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Anna Rita Marchetti

\_\_\_\_\_