

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

della S.M.S. "Silvio Boccone" –Palermo

..... I sottoscritt _____

nat..... il _____ a _____

Docente A.T.A. con contratto a Tempo Indeterminato Tempo Determinato

COMUNICA

(ai sensi dell'art. 15 C.C.N.L. del Personale del comparto Scuola sottoscritto il 29.11.2007)

la fruizione di giorni _____ di assenza **a titolo di permesso retribuito per motivi familiari o personali**

dal _____ al _____

dal _____ al _____

A tal fine produce: Autocertificazione
 Certificazione medica

Il/La sottoscritt_ , sotto la propria responsabilita, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, ai sensi dell'art. 46 della suddetta legge DICHIARA che: (indicare con precisione **motivo dell'assenza, nominativi delle Agenzie o Professionisti presso cui ci si reca, luogo, indirizzo, n. civico, recapito telefonico ed orario** per consentire l'esercizio dell'eventuale azione di controllo da parte dell'Amministrazione di appartenenza)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tale autodichiarazione può essere anche allegata in busta chiusa.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'ex art. 13 D. Lgs. N.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Palermo, li _____ In fede

(firma) _____

Vista la pertinenza delle motivazioni documentate

- si autorizza
 non si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(prof.ssa Antonina Lampone)
