

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_

A.T.A. con contratto di lavoro a tempo  determinato /  indeterminato in servizio nel plesso di  Gatteo /  S. Angelo /  Gatteo Mare **CHIEDE**

di poter usufruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n. giorni \_\_\_\_\_ di  
**Ferie** relative al corrente anno scolastico

} maturate e non godute nel precedente anno scolastico

**Recupero festività soppresse** (Legge 23 dicembre 1977, n. 937) (gg. 4 all'anno)

**Recupero**

**Permesso retribuito** (Art. 15 CCNL) per partecipazione a concorso/esame (gg. 8 all'anno) (a)  
motivi personali/familiari (gg. 3 all'anno) (a)  
altro: \_\_\_\_\_

**Permesso retribuito Diritto studio** (DPR 395/88)

**Permesso non retribuito** (Art. 19 CCNL) per partecipazione a concorso/esame (gg. 8 all'anno) (a)  
(personale con contratto a termine) motivi personali/familiari (gg. 6 all'anno) (a)

**Malattia** (Art. 17 CCNL) per motivi di salute (documentare con certificato medico) (b)  
prestazioni specialistiche (certificazione medica) (c)  
accertamento diagnostico (c)

**Permesso retribuito per agevolazione a portatori di handicap** (Legge 104/1992: gg.3 al mese) specificando la motivazione

**Permesso per formazione/aggiornamento** (Art.64 CCNL: gg.5) (a)

**Lutto** (Art. 15 e Art. 19 CCNL: gg. 3 ad evento) (a)

**Matrimonio** (Art. 15 e Art. 19 CCNL: gg. 15 consecutivi) (a)

**Congedo non retribuito per eventi e cause particolari** (decesso o gravi patologie di familiari) (Art. 4 L. 53/2000) (a)

**Aspettativa non retribuita per motivi di famiglia/studio** (Art. 18 CCNL) (a)  
astensione obbligatoria per complicanze nella gestazione  
astensione obbligatoria

**Maternità** (Art. 12 CCNL) per riduzione orario per allattamento  
congedo parentale  
congedo per malattia del figlio

**Permesso sindacale**

**Permesso per carica pubblica elettiva**

**Permesso per funzione elettorale o per esercizio del voto** **Permesso per donatori di sangue**

**Obblighi legali/civili**

**Altro caso previsto dalla normativa vigente** \_\_\_\_\_

**Permesso breve il giorno** \_\_\_\_\_ **dalle ore** \_\_\_\_ **alle ore** \_\_\_\_ **motivo** \_\_\_\_\_ (d)

Gatteo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

VISTO:  SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico  
**Dott.ssa Francesca Angelini**

- (a) Compilare la parte 1 sul retro ad autocertificazione, specificando la motivazione della richiesta
- (b) Segnalare eventuali variazioni per reperibilità visita fiscale in parte 2 sul retro
- (c) Inviare certificazione medica attestante che la visita e/o il trattamento specialistico non potevano essere effettuati fuori dell'orario di servizio, con indicazione del tempo reso necessario per la prestazione
- (d) Il recupero deve avvenire entro i due mesi successivi alla fruizione in relazione alle esigenze di servizio

**1) Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della Legge n. 15/1968 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, e dall'art. 11, comma 3, del D.P.R. 20/10/98, n. 403 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti della citata legge n. 15/68, del D.P.R. n. 403/98 e sotto la propria responsabilità **DICHIARA**

---

---

---

---

---

---

---

---

**2) Segnalazione variazione dimora abituale o diversa fascia oraria di reperibilità durante la malattia**

Diverso indirizzo

---

Irreperibilità nelle fasce orarie 09.00-13.00 e 15.00-18.00 per

---

Data \_\_\_\_\_

---

(Firma per esteso e leggibile)