

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- Docente : scuola infanzia/ primaria/ secondaria con contratto di lavoro a tempo  
 determinato /  indeterminato in servizio nel plesso di  Gatteo /  S. Angelo /  Gatteo Mare

**CHIEDE / DICHIARA**

di poter usufruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n.giorni \_\_\_\_\_ di:

**Ferie e Festività sopresse** relative al corrente a.s. durante periodi di attività didattica (gg.6 all'anno) (a)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Aspettativa non retribuita per motivi di famiglia/studio** (Art. 18 CCNL) (b)  
astensione obbligatoria per complicità 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** \_\_\_\_\_ (e)

**Cambio turno / giorno libero**

sarà in servizio il (giorno e data) .....

anziché il giorno (giorno e data) .....

cambio con il/la collega .....

recupero ore a credito .....

recupero ore a debito.....

firma per accettazione (del/la collega) .....

motivo .....

firma per presa visione del capogruppo .....

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

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

D

VISTO:  SI AUTORIZZA  NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico

**Dott.ssa Francesca Angelini**

- (a) Compilare la parte 1 sul retro, con firma per accettazione dei colleghi disponibili alla sostituzione
- (b) Compilare la parte 2 sul retro ad autocertificazione, specificando la motivazione della richiesta
- (c) Segnalare eventuali variazioni per reperibilità visita fiscale in parte 3 sul retro
- (d) 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 resosi necessario per la prestazione
- (e) I permessi vanno recuperati entro i due mesi successivi a quello della fruizione del medesimo, prioritariamente con riferimento alle supplenze

**1) Sostituzioni effettuate dai colleghi**

Data: .....

Ora	Classe	Docente in sostituzione	Firma
1 <sup>a</sup>			
2 <sup>a</sup>			
3 <sup>a</sup>			
4 <sup>a</sup>			
5 <sup>a</sup>			
mensa			
6 <sup>a</sup>			
7 <sup>a</sup>			
8 <sup>a</sup>			

Data: .....

Ora	Classe	Docente in sostituzione	Firma
1 <sup>a</sup>			
2 <sup>a</sup>			
3 <sup>a</sup>			
4 <sup>a</sup>			
5 <sup>a</sup>			
mensa			
6 <sup>a</sup>			
7 <sup>a</sup>			
8 <sup>a</sup>			

Data: .....

Ora	Classe	Docente in sostituzione	Firma
1 <sup>a</sup>			
2 <sup>a</sup>			
3 <sup>a</sup>			
4 <sup>a</sup>			
5 <sup>a</sup>			
mensa			
6 <sup>a</sup>			
7 <sup>a</sup>			
8 <sup>a</sup>			

**2) 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:**

**3) 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 )

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

- Docente : scuola infanzia/ primaria/ secondaria con contratto di lavoro a tempo  
 determinato /  indeterminato in servizio nel plesso di  Gatteo /  S. Angelo /  Gatteo Mare

**CHIEDE / DICHIARA**

di poter usufruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n.giorni \_\_\_\_\_ di:

- Ferie e Festività soppresse** relative al corrente a.s. durante periodi di attività didattica (gg.6 all'anno) (a)
- Permesso retribuito** (Art. 15 CCNL) per partecipazione a concorso/esame (gg. 8 all'anno) (b)  
motivi personali/familiari (gg. 3 all'anno) (b)  
altro: \_\_\_\_\_
- Permesso retribuito Diritto studio** (DPR 395/88) partecipazione a concorso/esame (gg. 8 all'anno) (b)  
motivi personali/familiari (gg. 6 all'anno) (b)
- Permesso non retribuito** (Art. 19 CCNL) per (personale con contratto a termine) motivi di salute (documentare con certificato medico) (c)  
prestazioni specialistiche (certificazione medica) (d)  
accertamento diagnostico (d)
- Malattia** (Art. 17 CCNL) per
- Permesso retribuito per agevolazione a portatori di handicap** (Legge 104/1992: gg.3 al mese) specificando la motivazione
- Permesso per formazione/aggiornamento docenti** (Art.64 CCNL: gg.5) (b)
- Lutto** (Art. 15 e Art. 19 CCNL: gg. 3 ad evento) (b)
- Matrimonio** (Art. 15 e Art. 19 CCNL: gg. 15 consecutivi) (b)
- Congedo non retribuito per eventi e cause particolari** (decesso o gravi patologie di familiari) (Art. 4 L. 53/2000) (b)
- Aspettativa non retribuita per motivi di famiglia/studio** (Art. 18 CCNL) (b)  
astensione obbligatoria per complicità 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** \_\_\_\_\_ (e)

**Cambio turno / giorno libero**  
sarà in servizio il (giorno e data) .....  
anziché il giorno (giorno e data) .....  
cambio con il/la collega .....  
recupero ore a credito .....  
recupero ore a debito.....  
firma per accettazione (del/la collega) .....  
motivo .....  
firma per presa visione del capogruppo .....

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

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

D  
VISTO:  SI AUTORIZZA  NON SI AUTORIZZA

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

- (a) Compilare la parte 1 sul retro, con firma per accettazione dei colleghi disponibili alla sostituzione
- (b) Compilare la parte 2 sul retro ad autocertificazione, specificando la motivazione della richiesta
- (c) Segnalare eventuali variazioni per reperibilità visita fiscale in parte 3 sul retro
- (d) 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 resosi necessario per la prestazione
- (e) I permessi vanno recuperati entro i due mesi successivi a quello della fruizione del medesimo, prioritariamente con riferimento alle supplenze

**1) Sostituzioni effettuate dai colleghi**

Data: .....

Ora	Classe	Docente in sostituzione	Firma
1 <sup>a</sup>			
2 <sup>a</sup>			
3 <sup>a</sup>			
4 <sup>a</sup>			
5 <sup>a</sup>			
mensa			
6 <sup>a</sup>			
7 <sup>a</sup>			
8 <sup>a</sup>			

Data: .....

Ora	Classe	Docente in sostituzione	Firma
1 <sup>a</sup>			
2 <sup>a</sup>			
3 <sup>a</sup>			
4 <sup>a</sup>			
5 <sup>a</sup>			
mensa			
6 <sup>a</sup>			
7 <sup>a</sup>			
8 <sup>a</sup>			

Data: .....

Ora	Classe	Docente in sostituzione	Firma
1 <sup>a</sup>			
2 <sup>a</sup>			
3 <sup>a</sup>			
4 <sup>a</sup>			
5 <sup>a</sup>			
mensa			
6 <sup>a</sup>			
7 <sup>a</sup>			
8 <sup>a</sup>			

**2) 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:**

**3) 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 )