



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
" A. D'Avino"**

**Scuola secondaria di primo grado ad indirizzo musicale**

**80040 via Monte STRIANO (NA)**

**Tel 081 8277140 Fax 081 8654746**

**Posta elettronica [naic855005@istruzione.it](mailto:naic855005@istruzione.it)**

**P.E.C. [naic855005@pec.istruzione.it](mailto:naic855005@pec.istruzione.it)**

**CODICE FISCALE 82011020631**

**<http://www.istitutodavinostriano.edu.it>**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell' ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
"A.D'AVINO "  
STRIANO

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

il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ in servizio

in questa Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_ contratto di lavoro a tempo

Indeterminato/Determinato

**CHIEDE**

Alla S.V. la concessione di gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dovuti a:

- |  |  |
|--|--|
| ◇ Assenza per Malattia                             | ◇ Permesso per Lutto                             |
| ◇ Assenza per astensione obbligatoria              | ◇ Permesso per Matrimonio                        |
| ◇ Assenza per Puerperio                            | ◇ Permesso per motivi di studio (150ore)         |
| ◇ Assenza per Congedo Parentale 1^ mese            | ◇ Permesso per partecipazione a concorsi e esami |
| ◇ Assenza per Congedo Parentale 2^ mese            | ◇ Permesso per esonero sindacale (art.11)        |
| ◇ Assenza per malattia del bambino da 0 a tre anni | ◇ Permesso L.104/92 personale                    |
| ◇ Assenze per malattia del bambino da tre a 8 anni | ◇ Permesso L.104/92 per assistenza familiari     |
| ◇ Assenza per Ricovero Ospedaliero                 | ◇ Permesso per Visita Specialistica              |
| ◇ Assenza per Interdizione anticipata              | ◇ Permesso per convocazione giudiziaria          |
| Ferie A.S. 20 /20                                  | ◇ Recupero lavoro straordinario                  |
| ◇ Festività Soppresse                              | ◇ Altro _____                                    |
| Permesso retribuito                                |  |

A documentazione di quanto sopra, il/la sottoscritto/a:

si riserva di produrre certificazione entro 5 giorni dalla data di inizio dell'assenza.

**N.B. Recapito diverso dalla residenza abituale, durante le FERIE.**

VIA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Striano li,

FIRMA

**RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA**

**VISTO SI CONCEDE**

**VISTO NON SI CONCEDE**

**IL D.S.G.A.**

**Dott. Francesco GUGLIELMELLI**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Prof.ssa. Fortunata SALERNO )**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'I.C. "ANTONIO D'AVINO"  
STRIANO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

( art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-)

(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_  
a tempo \_\_\_\_\_,

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale ,  
che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

**D I C H I A R A**

di aver usufruito/di dover usufruire di \_\_\_\_\_ giorno/i di permesso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per motivi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

STRIANO li, \_\_\_\_\_

**IL/LA DICHIARANTE**  
\_\_\_\_\_