

**Al Dirigente scolastico**

Istituto Istruzione Superiore "G. De Gruttola"

Via Villa Caracciolo

83031 - Ariano Irpino (AV)

**Oggetto: richiesta permesso retribuito**

Il/la sottoscritto/a:

Cognome		Nome	
Nato/a il	Nato/a a		
Ruolo	<input type="checkbox"/> Docente	<input type="checkbox"/> A.T.A.	Contratto <input type="checkbox"/> A tempo determinato <input type="checkbox"/> A tempo indeterminato
Insegnamento (per i docenti)		Indirizzo scolastico <input type="text"/>	

**CHIEDE**

ai sensi del CCNL del Comparto Scuola

di fruire di n. \_\_\_\_ giorni di permesso retribuito dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_

per i seguenti motivi:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> familiari/personali (max 3 gg)                  | <input type="checkbox"/> matrimonio (max 15 gg)                      | <input type="checkbox"/> lutto (max 3 gg)   |
| <input type="checkbox"/> studio (max 8 gg)                               | <input type="checkbox"/> donazione di sangue                         | <input type="checkbox"/> per adempiere alle funzioni di componente di ufficio elettorale                                |
| <input type="checkbox"/> per adempiere alle funzioni di giudice popolare | <input type="checkbox"/> per assolvere a funzioni pubbliche elettive | <input type="checkbox"/> riunioni organi collegiali statuari sindacali ed espletamento della normale attività sindacale |
| <input type="checkbox"/> recupero  | <input type="checkbox"/> .....                                       | <input type="checkbox"/> .....  |

Ai sensi delle vigenti disposizioni di legge allega la seguente documentazione (o autocertificazione):

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

Data	Firma
------	-------

VISTO:

si concede  non si concede

il D.S.G.A.

Il D.S.

.....

ALLEGATO ALLA RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO

**Oggetto: autocertificazione per permesso retribuito**

(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; artt 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a:

Cognome		Nome	
Nato/a il	Nato/a a		
Residente a		CAP	Prov.
In Via/P.zza/...			N.
Telefono		C.F.	

In servizio presso questo Istituto in qualità di  docente  ATA

con contratto a tempo  indeterminato  determinato

indirizzo scolastico

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

**DICHIARA**

di aver usufruito - voler usufruire di \_\_\_\_\_ giorno/i di permesso retribuito

(ai sensi del CCNL Comparto Scuola) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per motivi \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Data	Firma
------	-------