

Al Dirigente Scolastico
I.I.S.S. "Mons. A. Bello"
Molfetta (Ba)

Il/la sottoscritto/_____ nato/a _____

Il _____, in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

C H I E D E

- ai sensi dell' art. 15 del C.C.N.L. del 29/11/2007 di poter fruire del seguente permesso retribuito (per il personale DOCENTE / ATA a t. indeterminato);
- ai sensi dell'art 19 del C.C.N.L. del 29/11/2007 di poter fruire del seguente permesso non retribuito (per il personale DOCENTE / ATA a t. determinato);

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Dichiara di aver usufruito nel seguente anno scolastico dei seguenti giorni di permesso retribuito/non retribuito _____

Allega alla presente/si impegna a presentare:

- la seguente documentazione (da specificare) _____
- autocertificazione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/la Sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità dichiara di voler fruire dal _____ al _____ per i seguenti motivi: _____

Molfetta, ____ / ____ / ____

Firma

Spazio riservato all'Istituto

- si concede
- non si concede per i seguenti motivi _____

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Maria Rosaria PUGLIESE