



LICEO SCIENTIFICO STATALE " FRANCESCO SEVERI"

Liceo Scientifico di Ordinamento - Liceo Scientifico Scienze Applicate- Liceo Linguistico - Liceo Musicale

Viale L. D'Orsi, 5 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

PBX 4 linee Tel - 0818739745 - 0818713148 - 0818739752 Fax 0810112425

CF 82011770631 - IBAN IT 15 T 01030 22100 000000723277- c.c.p.15099807

CONTO UNICO TESORERIA IT29K0100003245125300314138

NAPS110002@ISTRUZIONE.IT - NAPS110002@PEC.ISTRUZIONE.IT

Fatturazione elettronica: Codice Univoco Ufficio UFQ3HR

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo Istituto nel corrente a.s. con incarico a tempo indeterminato/determinato con la qualifica di docente CHIEDE di poter usufruire per il periodo: dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni di:

- (*) **Permesso Retribuito / Non retribuito (ex art. 15 c. 1, c3)** per
 - concorso/esame matrimonio lutto familiare (_____)
 - (*) **Permesso Retribuito / Non retribuito (ex art. 15 c.2,)** per
 - motivi personali/familiari - documentati anche mediante autocertificazione gg. 3
 - (*) **Ferie (ex art. 13 c. 9 e art. 15 c. 2)** per
 - motivi personali/familiari - documentati anche mediante autocertificazione gg. 6
 - (*) **Permessi previsti da specifiche disposizioni di legge (ex art. 15 c. 7)** per
 - citazione testimoniale donazione sangue incarichi presso seggi elettorali mandato amministrativo
 - altro
 - Congedo per la formazione**
 - Permessi legge 104/1992** [] richiesta per se stesso [] richiesta per un familiare
 - Interdizione anticipata**
 - Congedo parentale - nei primi 12 anni di vita del bambino**
 - Congedo per malattia del figlio:** Fino a 3 anni da 3 a 8 anni (allegare dichiarazione altro coniuge)
 - Malattia (**)**
 - visita specialistica day hospital ricovero gravi patologie infortunio causa di servizio
 - Aspettativa per motivi di famiglia/di lavoro/personali/di studio (*)**
 - Permessi per diritto allo studio per n° ore _____**
 - Permessi legge 104/1992** [] richiesta per se stesso [] richiesta per un familiare
- (*) allegare documentazione giustificativa o autocertificare secondo modello allegato
- (**) allegare documentazione medica

Il/la sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

Castellammare di Stabia, li

In fede

Firma _____

Vista la domanda,

- Si concede
- Non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
prof.ssa Elena Cavaliere

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico Statale Severi

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 DPR 28/12/2000 n. 445; legge 183/2011 del 12/11/2011)

Il/la sottoscritto/a
nato/a a..... il.....
residente a..... via/piazza.....
in servizio quale..... a tempo indeterminato/determinato

dichiara

di voler usufruire del permesso per la seguente motivazione:

.....
.....
.....

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace saranno applicate le sanzioni previste dal Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Qualora dal controllo di cui all'articolo 71 emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000)

.....li.....

Il/la dichiarante

.....