

MODELLO RICHIESTA/FONOGRAMMA/COMUNICAZIONE

ASSENZA DAL SERVIZIO

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____

QUALIFICA _____

PLESSO _____

ASSENTE PER : _____

ASSUNTO AL PROTOCOLLO N° _____ DEL _____

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> festività sopresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> recupero	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> permesso L. 53/00 art. 4 (infermità grave)
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art.7 comma 1°) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art.7 comma 2°)
<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> visita specialistica - <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero - <input type="checkbox"/> analisi cliniche <input type="checkbox"/> Day- Ospital	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio	<input type="checkbox"/> Malattia bambino (infer. 3 anni)
<input type="checkbox"/> legge 104/92	<input type="checkbox"/> Malattia bambino (da 3 anni a 8 anni)
<input type="checkbox"/> infortunio	<input type="checkbox"/> Grave patologia

DAL _____ AL _____ PER GG. _____

TRASMETTE: _____

RICEVE: _____

DATA: _____ ORA: _____

COMUNICAZIONI: _____

Il Responsabile di plesso p.p.v.

Firma del dipendente

Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Maria Domenica Mallamaci)

Il/La sottoscritt__ cognome _____ nome _____

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____ a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false*

DICHIARA

- a. Di aver prenotato visita medica/accertamento diagnostico per il giorno _____
- b. alle ore _____ in località _____
- c. Che tale visita medica/accertamento diagnostico/prestazione specialistica non può essere effettuata/o al di fuori del proprio orario di servizio.

Palmi, li _____

Il dichiarante _____
(firma per esteso)

*Art. 76, D.P.R. 445/2000: " Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. Se i reati indicati nei commi 1 – 2 e 3 sono commessi per ottenere una nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione o arte ".

////////////////////////////////////

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D. P. R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s. m. i.)

Il/La sottoscritt__ Nome _____ Cognome _____ nato

a _____ il _____ residente a _____

In via _____ C. F. _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Palmi, li _____

Il Dichiarante

Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "N. PIZI"
Liceo Classico – Liceo Scientifico- Liceo Artistico
Via San Gaetano s.n.c. – 89015 PALMI (RC) Distretto XXXIV - C.F. 91006650807 – C.M. RCIS019002
Segreteria/Sede Amm. Tel. 0966/46103 - Liceo Classico 0966/22704 - Liceo Artistico 0966/22791
Sito web: www.liceopizipalmi.edu.it e-mail: rcis019002@istruzione.it PEC: rcis019002@pec.istruzione.it

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

La presente è pervenuta in data _____ a mezzo _____

Il dipendente ha già usufruito di complessivi n° _____ giorni di _____

Nel corso: ٠ del corrente A.S. ٠ del precedente A.S. ٠ del triennio

٠ documentazione giustificativa allegata: _____

٠ certificazione medica allegata: _____

(l'Assistente Amministrativo addetto al controllo)

(Il Direttore dei Servizi G. A.)

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO: _____

- si concede
- non si concede

(Il Dirigente Scolastico)