

**Al Dirigente Scolastico
del Liceo "Chiabrera-Martini"
SAVONA**

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso Codesto Liceo in
qualità di _____ con incarico a tempo: indeterminato determinato

CHIEDE / COMUNICA

un periodo di assenza dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ per complessivi n.° ___ giorni di:

<input type="checkbox"/> FERIE	<input type="checkbox"/> A.S. PRECEDENTE -	<input type="checkbox"/> A.S. CORRENTE
<input type="checkbox"/> FESTIVITA' SOPPRESSE		
<input type="checkbox"/> RECUPERO ORE STRAORDINARIO		
<input type="checkbox"/> MALATTIA	<input type="checkbox"/> VISITA SPECIALISTICA	
	<input type="checkbox"/> RICOVERO OSPEDALIERO - DAY HOSPITAL	
	<input type="checkbox"/> GRAVE PATOLOGIA	
<input type="checkbox"/> PERMESSO RETRIBUITO	<input type="checkbox"/> MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI	
	<input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE CONCORSO/ESAME	
	<input type="checkbox"/> FORMAZIONE / AGGIORNAMENTO	
	<input type="checkbox"/> LUTTO FAMILIARE (grado parentela) _____	
	<input type="checkbox"/> MATRIMONIO	
<input type="checkbox"/> PERMESSO LEGGE 104/92		
<input type="checkbox"/> ASPETTATIVA PER MOTIVI DI: _____		
<input type="checkbox"/> ANNO SABBATICO		
<input type="checkbox"/> CONGEDI PER EVENTI E CAUSE PARTICOLARI	<input type="checkbox"/> PERMESSO RETRIBUITO IN CASO DI DECESSO O DOCUMENTATA GRAVE INFERMITA' DI UN FAMILIARE (art. 4 § 1 Legge 53/2000)	
	<input type="checkbox"/> CONGEDO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTERE UN FAMILIARE IN SITUAZIONE DI HANDICAPP GRAVE (art. 4 § 4bis Legge 53/2000)	
	<input type="checkbox"/> CONGEDO BIENNALE NON RETRIBUITO PER GRAVI MOTIVI FAMILIARI (art. 4 § 2 Legge 53/2000)	
<input type="checkbox"/> MATERNITA'	<input type="checkbox"/> INTERDIZIONE PER GRAVI COMPLICANZA DELLA GESTAZIONE	
	<input type="checkbox"/> ASTENSIONE OBBLIGATORIA	
	<input type="checkbox"/> CONGEDO PARENTALE (ENTRO I TRE ANNI DI VITA DEL BAMBINO)	
	<input type="checkbox"/> CONGEDO PARENTALE (OLTRE I TRE ANNI DI VITA DEL BAMBINO)	
	<input type="checkbox"/> MALATTIA DEL FIGLIO DI ETA' NON SUPERIORE A TRE ANNI	
	<input type="checkbox"/> MALATTIA DEL FIGLIO DI ETA' COMPRESA TRA TRE E OTTO ANNI	
<input type="checkbox"/> ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE: _____		

Savona, _____

Firma: _____

Riservato alla Direzione:

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

MOTIVAZIONE DEL DINIEGO: _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
prof. Alfonso GARGANO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritt _____
nato/a a _____ (prov. _____)
il _____, residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____, consapevole delle
responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le
mendaci dichiarazioni,

DICHIARA

Dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della L. 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Savona, _____

Il dichiarante
