

**Al Dirigente Scolastico  
I.C.S. "Michelangelo Buonarroti"  
Palermo**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat. \_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
in servizio presso questo Istituto in qualità di :  
• d.s.g.a. - • assistente amm.vo - • collaboratore Scolastico • C.T.I.

**CHIEDE**

- alla S.V. di assentarsi dal servizio in data \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 alla S.V. di assentarsi dal servizio in data \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
per un tot. di ore \_\_\_\_\_

dovut. \_\_ a \_\_ sottoindicat \_\_motiv\_\_ :

- Permesso Retribuito Motivi Personali/Familiari**  
art. 31 CCNL del 19.04.2018 (sono fruibili su base giornaliera GG.3 per A.S. , o su base oraria nella misura massima di 18 ore per A.S.)
- Permesso Retribuito per Espletamento di Visite, Terapie; Prestazioni Specialistiche od Esami Diagnostici.**  
art. 33 CCNL del 19.04.2018 (sono fruibili su base giornaliera GG.3 per A.S. , o su base oraria nella misura massima di 18 ore per A.S.)
- Permesso Retribuito Legge 104** (art. 33 comma 3 Legge 104/92 – )  
art. 32 CCNL del 19.04.2018 (sono fruibili su base giornaliera GG.3 per A.S. , o su base oraria nella misura massima di 18 ore mensili  
Nota: la fruizione su base oraria è fruibile solo nei casi di Legge 104 personale.
- Permessi Retribuiti per Donazione sangue e di midollo**
- Permessi e congedi di cui all'art.4 comma 1, della legge 53/2000** che tratta il  
(permesso retribuito di tre giorni lavorativi all'anno in caso di **documentazione grave** infermità del coniuge od un parente entro il secondo grado o del convivente, purché la stabile convivenza con il lavoratore o la lavoratrice risulti da certificazione anagrafica)

Durante il periodo di assenza il/la sottoscritto/a sarà domiciliato/a in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

- Si allega : autocertificazione  
 Si riserva di produrre: certificazione

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Con Osservanza



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "M. BUONARROTI"

Vista la domanda,

• si concede • non si concede

*il Dirigente Scolastico)*  
*(Prof.ssa Iole Ciaccio)*

*il DSGA*  
*( Liboria Pignatello)*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.