

**Prof. n.** \_\_\_\_\_ **del** \_\_\_\_\_  
a cura della Segreteria

**Al Dirigente Scolastico**  
dell'Istituto Comprensivo Fiano

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ in servizio in qualità di:

DSGA     docente     assistente amministrativo     collaboratore scolastico

nel plesso

Secondaria I grado     Primaria via Giustiniani     Primaria via Tiberina

Infanzia via Tiberina     Infanzia via Montessori

**CHIEDE**

alla S. V. di poter usufruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ num.giorni \_\_\_\_\_  
di assenza per:

- MALATTIA**
- MALATTIA** (visita specialistica- analisi cliniche ) presso \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- PERMESSO RETRIBUITO** per motivi:
  - familiari/personali
  - concorsi/esami
  - matrimonio
  - lutto
  - studio
  - altri motivi \_\_\_\_\_
- FERIE** ( relative all'a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_ )
- FESTIVITA' SOPPRESSE (L.937.77)**
- ASTENSIONE OBBLIGATORIA (ante partum/post partum)**
- COMPLICANZE GESTIONALI**
- CONGEDO PARENTALE**
- CONGEDO MALATTIA FIGLIO (1/3ANNI)**
- PERMESSI LEGGE 104/92 accompagnatore/portatore**
- ALTRO CASO PREVISTO DALLA LEGGE :** \_\_\_\_\_

Turno servizio: dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

Allego/ allegherò la seguente documentazione: \_\_\_\_\_

Fiano Romano, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

VISTO

- SI AUTORIZZA
- NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Librandi Daniela

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

..l... sottoscritt.....  
nat... a .....il.....con residenza nel comune di  
..... Via ..... in qualità di .....  
a conoscenza di quanto previsto dall'art. 26 della legge 4.1.68 n. 15 sulla  
responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni  
mendaci e dall'art.11, del D.P.R. 20/10/1988 n. 403 sulla decadenza dai  
benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla  
base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 4  
della citata L 15/68, dell'art. 2, comma 1 del D.P.R. 403/98 e sotto la  
propria responsabilità

DICHIARA

---

---

---

---

---

---

---

---