

OGGETTO: RICHIESTA PERMESSI RETRIBUITI

(Ai sensi degli artt. 15 e 35 del CCNL Comparto Istruzione e Ricerca 2019-2021)

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a
a _____ (____) il ____/____/____ Residente a _____
(____) Via _____ C.A.P. _____ Tel. _____ In
servizio presso questo Istituto in qualità di:

- Docente con contratto a: [☐] Tempo Indeterminato [☐] Tempo Determinato (fino al ____/____/____)
- ATA con contratto a: [☐] Tempo Indeterminato [☐] Tempo Determinato (fino al ____/____/____)

CHIEDE

la concessione di giorni _____ di permesso retribuito, dal ____/____/____ al ____/____/____ per il seguente motivo:

- **PERMESSO PER LUTTO** (art. 15 c. 1 o art. 35 c. 12): perdita di coniuge, convivente, parenti entro il 2° grado o affini entro il 1° grado.
- **PERMESSO PER MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI** (art. 15 c. 2 o art. 35 c. 12): fruibile anche mediante autocertificazione.
- **FERIE EX ART. 13 comma 9** (6 giorni): fruibili come permessi per motivi personali/familiari (solo per personale docente di ruolo).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Che i/il giorni/o di permesso/i retribuito sopra indicati verranno utilizzati per il seguente specifico motivo:

(In caso di lutto, specificare il grado di parentela e la data del decesso).

Informativa Privacy: Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

_____, lì _____

Firma del Dipendente

Visto: ☐ si concede ☐ non si concede
LA DIRIGENTE SCOLASTICA
ANGELA RANDAZZO