

SI PREGA DI INVIARE IL SEGUENTE MODULO SOLO IN FORMATO PDF ALLA MAIL  
NOIC818005@istruzione.it

**Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo "Italo Calvino"  
Largo Piave , 4  
28066 Galliate (NO)**

**Oggetto: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,

Cognome e nome

presso Codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo \_\_\_\_\_

qualifica

indeterminato \_\_\_\_\_

Determinato/indeterminato

**chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:**

**dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n. \_\_\_\_\_ giorni di:**

|                                                                 |                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ferie:                                                          | relative al corrente anno scolastico<br>maturate e non godute nel precedente anno scolastico                                                          |
| festività previste dalla Legge 23 dicembre 1977, n. 937         |                                                                                                                                                       |
| permesso retribuito                                             | partecipazione a concorso/esame<br>lutto familiare<br>motivi personali/familiari<br>matrimonio                                                        |
| N.B. produrre documentazione o autocertificazione               |                                                                                                                                                       |
| maternità                                                       | interdizione per gravi complicanze della gestazione (**)                                                                                              |
| malattia (**)                                                   | astensione obbligatoria (**)<br>astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7, comma 1) (*)<br>astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7, comma 2) (**) |
| aspettativa per motivi di famiglia/studio (*)                   |                                                                                                                                                       |
| altro caso previsto dalla normativa vigente (*): _____<br>_____ |                                                                                                                                                       |

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

Con osservanza

Firma del dipendente

Galliate li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\*) allegare documentazione giustificativa  
(\*\*) allegare certificazione medica

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Carmen Maria Lea MAUGERI

\_\_\_\_\_

## Modello - AUTOCERTIFICAZIONE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. "ITALO CALVINO"

28066 GALLIATE (NO)

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

( art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-)

(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ,

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,

in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo  
\_\_\_\_\_ ,

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale , che comporta  
inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

### D I C H I A R A

di ● voler usufruire di \_\_\_\_\_ giorno/i di permesso retribuito (ai sensi dell'art. 15 c. 2 del CCNL  
2006/2009) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per i sottolencati motivi (indicare dettagliatamente le motivazioni che  
richiedono l'assenza per l'intera giornata lavorativa)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ lì, \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_