

**MIM**Ministero dell'Istruzione
e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GIACOMO PUCCINI" - PESCAGLIA
SEDE LEGALE: VIA PEDOGNA, 7 - 55064 PESCAGLIA (LUCCA)
NUMERO DI CODICE FISCALE: 93003030462
SEGRETERIA: TEL. 0583 359106 - FAX 0583 359512

Mail: LUIC823001@istruzione.it - Pec: LUIC823001@PEC.istruzione.it - sito web:www.icpescaglia.edu.it

RICHIESTA PERMESSI - DOCENTI

Al Dirigente

Il/La sottoscritto/a _____ docente in servizio presso

con rapporto di impiego a tempo determinato a tempo indeterminato

CHIEDE

ai sensi dell'Art.15 del CCNL 2006-2009, sulla base della documentazione allegata alla presente, di poter usufruire di **permesso per n. giorni** _____ dal _____ al _____ per il seguente motivo indicato al n° _____

(indicare il n. della voce che interessa):

- 1. Partecipazione a concorso o esami** (max 8 gg. per anno scolastico)
- 2. Lutti, perdita del coniuge, di parenti entro il 2° grado e affini di 1° grado** (gg. 3 per evento)
- Per particolari **motivi personali o familiari debitamente documentati anche mediante autocertificazione** (max gg. 3 per anno scol.)
- Per il solo personale docente, **per particolari motivi personali o familiari debitamente documentati**, sono fruibili come permesso i 6 gg. di ferie previsti dall'art. 19 comma 9, indipendentemente dalle condizioni previste in tale norma.
- 5. Per matrimonio** (gg. 15) da fruire entro due mesi dalla data del matrimonio

Dichiara altresì di aver già fruito nel corrente mese o anno scolastico di n. ____ giorni di permesso retribuito

per _____

Dichiarazione sostitutiva

Indicare la motivazione della richiesta per il punto 3

Si allegano alla presente i seguenti documenti (obbligatori per il punto 1,2,4,5)

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. 30.06.2003 n.196 art.23 – codice privacy)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI AVER COMUNICATO AL COORDINATORE DI PLESSO LA PROPRIA RICHIESTA

Data,

NOME DEL RICHIEDENTE