

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
"Don Lorenzo Milani"  
Monte Porzio Catone (Rm)

Data \_\_\_\_\_

OGGETTO:  assenza per malattia  assenza per visita specialistica (1)  ricovero ospedaliero

permesso Legge 1204/71:  retribuito,  con riduz. dell'80% /30%,  non retribuito

permesso legge 104/92, giorni già goduti nel mese: \_\_\_\_\_

l'assistito è residente in un comune situato a una distanza stradale superiore a 150 Km:  Si (2)  No

permesso (1) retribuito per motivi familiari/personali, giorni già goduti: \_\_\_\_\_

permesso (1) retribuito per motivi di:  lutto,  matrimonio,  concorsi/esami/studio

permesso (1) / aspettativa non retribuito per motivi di:  famiglia,  studio,  altro

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ dipendente con  CTI  CTD in servizio

presso il Plesso di \_\_\_\_\_ di questo Istituto a conferma del fonogramma pari data

COMUNICA/CHIEDE (3)

\_\_\_\_\_ (4) per complessivi giorni \_\_\_\_\_

precisamente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Turno di servizio \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

ALLEGA:  certificato medico con prognosi e garantisce la reperibilità nelle seguenti fasce orarie:  
dalle ore 09,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 18,00 compresa la domenica.

Numero Protocollo Univoco del Certificato (PUC): \_\_\_\_\_;

documentazione per permessi retribuiti;  documentazione legge 1204/71;

documentazione aspettativa motivi di \_\_\_\_\_;

Durante il periodo di assenza il/la sottoscritto/:

- terrà il suo domicilio in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_;

Dichiara che al termine dell'assenza riprenderà regolarmente servizio, salvo diversa comunicazione.

FIRMA

(1) **Compilare anche RETRO.**

(2) Obbligo di attestare con titolo di viaggio o altra documentazione idonea, l'effettivo raggiungimento dell'abitazione dell'assistito.

(3) Cancellare "chiedere" nel caso di assenza per malattia o "comunica" in tutti gli altri casi.

(4) Inserire la causale della richiesta.

**RISERVATO ALL' UFFICIO**

Richiesta telefonica del \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

PARERE DEL D.S.  SI AUTORIZZA  NON SI AUTORIZZA PERCHE' \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Prof.ssa Fabiola Tota)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER VISITA SPECIALISTICA

Al *Dirigente Scolastico*  
dell'*Istituto Comprensivo*  
"Don Lorenzo Milani"  
Monte Porzio Catone (Rm)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio nel plesso di \_\_\_\_\_  
in qualità di  DOCENTE /  ATA a TEMPO  INDETERMINATO /  DETERMINATO presso codesto Istituto,  
**CHIEDE**  
n. \_\_\_\_\_ giorno/i di assenza per malattia (ai sensi della C.M. 301 del 27/06/1996), per visita medica specialistica  
presso la struttura: \_\_\_\_\_  
sita in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
per il/i giorno/i \_\_\_\_\_.

### DICHIARA

In base all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria personale responsabilità:

- Che è stato possibile prenotare solo in orario coincidente con le ore di lavoro;
- Che non è stato possibile prenotare in un giorno libero;
- Che la prenotazione è prevista per le ore \_\_\_\_\_ presso la suddetta struttura che osserva il seguente orario \_\_\_\_\_.

Allego la prenotazione ovvero consegnerò alla segreteria dell'Istituto il "promemoria" che ho richiesto contestualmente alla prenotazione telefonica da inviare al mio indirizzo.

- Che sarà consegnata la certificazione rilasciata dalla struttura pubblica/privata che attesti la giornata dell'assenza **contenente l'indicazione dell'ora in cui è avvenuta la prestazione.**

Il sottoscritto si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prenotazione ed è a conoscenza dell'art. 17 – Assenze per malattia – del CCNL del 30 novembre 2007, della legge 133/2008 e dal D.L. n. 98/2011 convertito in L. n.111/2011

\_\_\_\_\_  
In fede

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER I PERMESSI

Al *Dirigente Scolastico*  
dell'*Istituto Comprensivo*  
"Don Lorenzo Milani"  
Monte Porzio Catone (Rm)

Ai sensi dell'art. 2, Legge 15/711/1956-art.1 D.P.R. 403/1998 e art..1998 e art..46 del D.P.R. 445/2000 così come modificato e integrato dall'art. 15 della legge 16/01/2003 n. 3

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio nel plesso di \_\_\_\_\_  
in qualità di  DOCENTE /  ATA a TEMPO  INDETERMINATO /  DETERMINATO presso codesto Istituto,  
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla Legge per il caso di false attestazioni, di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 26 della Legge 15/1968, richiamato dall'art. 6, comma 2, del D.P.R. 403/1998 e dell'art.46 del D.P.R. 445/2;

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità di necessitare dei giorni richiesti per motivi personali / familiari (art. 15CCNL 2006/2009)  
per la seguente motivazione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
In fede

Nota bene: La Dirigenza effettuerà controlli, a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate.

Per presa visione  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Prof.ssa Fabiola Tota)