Al Dirigente Scolastico
Convitto "Carlo Alberto"
NOVARA

☐ Permesso per motivi personali o famigliari (ai sensi dell'art. 31 del C.C.N.L. 19/04/2018)

☐ Visita, terapia, prestazione specialistica o esami diagnostici (ai sensi dell'art. 33 del C.C.N.L. 19/04/2018)

__/__ sottoscritt__ _____

In servizio presso codesto Istituto in qualità di:

☐ Dsga ☐ Ass.te amm.vo. ☐ Coll.re scolastico

Con contratto a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

CHIEDE

Di assentarsi per gg. _____ oppure ore _____ (dalle ore _____ alle ore _____)

Dal _____ al _____

Dal _____ al _____

Dal _____ al _____

A tal fine allega:

Novara, _____ firma _____

Per i collaboratori scolastici
Firma per presa visione
Il Docente Coordinatore
Della Scuola e del Campus

☐ visto si concede ☐ non si concede

Il DSGA
Laura Delle Cave

il Dirigente Scolastico
Nicola Fonzo

_____ _____

Al Dirigente Scolastico
Convitto "Carlo Alberto"
NOVARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 e 48 del D.P.R. 28 dicembre 200, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (_____)

Il _____residente a _____

( ) in Via n°

Consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste, e la decadenza del beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARO

Ai sensi dell'art. del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000:

Luogo e data

IL DICHIARANTE

F.to

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali comunicazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003