

Permesso per motivi personali o familiari (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

La Dsga  
Dott.ssa Stefania Rizzi

---

il Dirigente Scolastico  
dott. Nicola Fonzo

---

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Artt. 46 e 48 del D.P.R. 28 dicembre 2000, 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.