

Istituto Comprensivo "DON CHENDI" TRESIGALLO	
Prot. n.	
Data	

AL SIG. DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPENSIVO STATALE
"DON CHENDI" di Tresigallo
44039 - TRESIGNANA
(Ferrara)

OGGETTO: **RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO PER LUTTO FAMILIARE**
Personale a tempo indeterminato e determinato

Il/La sottoscritto/a _____
profilo _____ in servizio presso la Scuola
dell'Infanzia/Primaria/Secondaria 1° grado di _____ (sede associata dell'Istituto
Comprensivo Statale "DON CHENDI" - TRESIGALLO) assunto con contratto .

- tempo determinato fino al termine delle attività didattiche/termine anno scolastico;
 tempo determinato per supplenza temporanea,

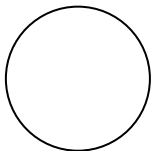
C H I E D E

la concessione, ai sensi dell'art. 19, comma 9 del C.C.N.L. Comparto Scuola del 29 novembre 2007 di n. _____
giorni di permesso retribuito da fruire nel/i giorno/i per LUTTO FAMILIARE

1) _____ 2) _____ 3) _____

Data, _____

F I R M A



VISTO : si autorizza
IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE
Dott.ssa Antonietta Allegretta

DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara sotto la propria personale responsabilità che nella/e
suddetta/e giornata/e (*):

- Sono consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia per il caso di dichiarazione falsa o mendace e l'uso di atto falso, come previsto dall'art. 76 del citato D.P.R.;
- Sono a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui al Decreto Legislativo 196/2003, art. 13 (Privacy), avverrà solo per i fini istituzionali e nei limiti di legge.
- Esente da autentica della firma ai sensi art. 3, comma 10, Legge 15/5/1997, n. 127

Data, _____

F I R M A

(*) per i permessi per lutto indicare cognome e nome del congiunto deceduto, luogo e data di decesso.