**ISTITUTO COMPRENSIVO “G. GALILEI - PASCOLI”**

***Scuola dell’Infanzia - Primaria - Secondaria di Primo Grado - Sezione Ospedaliera***

Via D. Bottari, 1 (Piazza Castello) - 89125 Reggio Calabria

C.M.: RCIC85700L - C.F.: 92081500800

 Telefono: 0965 892030

<http://www.icgalileipascoli.gov.it> - rcic85700l@istruzione.it – rcic85700l@pec.istruzione.it

Prot.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso questo Istituto nel corrente A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con incarico a tempo indeterminato determinato con la qualifica **DOCENTE**

presso sede di Media G.Galilei Media Ospedale P. Pascoli P.Ospedale Inf. S. Giovannello P. S. Giovannello

**CHIEDE**

di poter usufruire per il periodo: dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di complessivi n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di:

* **Ferie**   relative al corrente A.S.  maturate e non godute nel precedente A.S.
* **Festività** previste dalla legge 23 dic. 1977, n° 937
* **Permesso Retribuito Non retribuito** per:

 motivi personali/familiari concorso/esame matrimonio  corso formazione lutto familiare (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 **Cambio Turno** il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sostituisce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Permesso Breve** (dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_\_\_\_ su ore servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

** Congedo parentale ** primi 12 anni di vita del bambino **Nome Cognome**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (allegare dichiarazione altro coniuge)

* **Congedo per malattia del figlio**: Fino a 3 anni da 3 a 8 anni **Nome Cognome**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (allegare dichiarazione altro coniuge)
* **Malattia** Grave Patologia Visita Specialistica Ric. Ospedaliero Day Ospital Post Vaccino COVID
* **Aspettativa** per motivi di famiglia/studio
* **Altri Casi** previsti dalla normativa vigente (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Richiesta permesso orario dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Permesso 150 Ore (diritto allo studio) per n° ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Riposo Compensativo lavoro straordinario per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Permessi legge 104/1992**  richiesta per se stesso richiesta per un familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

allegare documentazione giustificativa o autocertificare allegare documentazione medica

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 SI concede NON si concede Presa Visione

 ***Il Dirigente Scolastico***

 *(Avv. Lucia Zavettieri )*

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

(Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell’informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari ai sensi del

Regolamento Generale sulla protezione dei dati (UE) 2016/679)

Il/la Sottoscritto/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.f.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***DICHIARA***

***SOLO PER I PERMESSI VISITA SPECIALISTICA SPECIFICARE L’ ORA DELLA PRESTAZIONE, ALLEGARE GIUSTIFICA ALLA RICHIESTA***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs n. 196 del 30 giugno 2003 di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.*

Luogo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante