



Piazza Caduti di Nassiriya, 14 – 16043 Chiavari (GE)
Tel. 0185 363057/0185 308385
C.F. 90066960106 – email: geps17000a@istruzione.it
www.marconidelpino.edu.it

Il sottoscritto/a _____ qualifica _____
in servizio a Tempo _____ presso il Liceo nel corrente A.S. ____/____
chiede di poter usufruire di n. gg ____ dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____

FERIE	CORRENTE ANNO SCOLASTICO					
	MATURATE E NON GODUTE A.S. PRECEDENTE					
PERMESSO (allegare autocertificazione)	PARTECIPAZIONE A CONCORSO/ESAME					
	LUTTO					
	MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI (giornaliero)					
	MATRIMONIO					
SANTO PATRONO	VISITA SPECIALISTICA / MALATTIA (1)					
FESTIVITA' SOPPRESSE	ASTENSIONE OBBL. D. Lgs 151/2001 e succ. modif (1)					
RECUPERO STRAORDINARIO GIORNALIERO	ASPETTATIVA PER FAMIGLIA/STUDIO (1)					
ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE (1)						
PERMESSO BREVE/ RECUPERO STRAORDINARIO ORARIO	dalle ore		alle ore		del	
PERMESSO ORARIO VISITA SPECIALISTICA – ART. 33 (ATA)	dalle ore		alle ore		del	
PERMESSO PER MOTIVI FAM/PERS ORARIO (ATA)	dalle ore		alle ore		del	

(1) Allegare documentazione richiesta dall'ufficio amministrativo

Chiavari _____ Firma del dipendente _____

RISERVATO ALL'UFFICIO AMMINISTRATIVO (da compilare prima della concessione)

Il dipendente ha fruito di n. ____ gg/ore di _____ su n. _____ spettanti
note eventuali _____

Firma Ass. Amm.vo _____

Per DSGA

Favorevole		Firma
Non favorevole per i seguenti motivi		Firma

Per DS

Favorevole		Firma
Non favorevole per i seguenti motivi		Firma



Piazza Caduti di Nassiriya, 14 – 16043 Chiavari (GE)

Tel. 0185 363057/0185 308385

C.F. 90066960106 – email: geps17000a@istruzione.it

www.marconidelpino.edu.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 46 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Domiciliato in _____ in via _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

(indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta ed autocertificabili ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000)

Chiavari, _____

IL DICHIARANTE
