LICEO LAURA BASSI BOLOGNA
Via S. Isaia 35 40123 BOLOGNA Tel. 051333453 0513399359 Fax 051332306
e.mail Dirigente preside@laurabassi.istruzioneer.it sito web www.laurabassi.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
del Liceo "Laura Bassi"

_l_sottoscritt_____,
in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. (solo per gli Insegnanti: classe di concorso _____) con contratto a tempo: ❑indeterminato ❑determinato

C H I E D E di poter usufruire di :

❒ **permesso retribuito per:**

❒ **permesso non retribuito per:**

❒ partecipazione a concorso/esame Dal_____al_____gg_____
❒ partecipazione corso di aggiornamento Dal_____al_____gg_____
❒ lutto familiare * Dal_____al_____gg_____
❒ motivi familiari/personali * Dal_____al_____gg_____
❒ matrimonio * Dal_____al_____gg_____
❒ permesso artistico * Dal_____al_____gg_____

❒ **MATERNITA'**
❒ astensione obbligatoria Dal_____al_____gg_____
❒ astensione obbligatoria puerperio Dal_____al_____gg_____
❒ interdizione per gravi complicanze della gestazione Dal_____al_____gg_____
❒ congedo parentale 1-3 Bambino Dal_____al_____gg_____
❒ congedo parentale 3-8 Bambino Dal_____al_____gg_____
❒ congedo parentale per malattia del figlio (1-3 anni) Dal_____al_____gg_____
❒ congedo parentale per malattia del figlio (3-8) Dal_____al_____gg_____

per il figlio_____nato il _____

❒ **MALATTIA** o **VISITA MEDICA** Dal_____al_____gg_____
n° prot. Certificato _____

❒**ASPETTATIVA** ***per motivi di famiglia/studio*** Dal_____al_____gg_____

❒ **ASPETTATIVA** per ricong. Coniuge all'estero Dal_____al_____gg_____

** compilare anche il modello DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE*

Allega: ❒ Documentazione giustificativa ❒ Certificato medico

Data,_____ Firma_____

LICEO LAURA BASSI BOLOGNA
Via S. Isaia 35 40123 BOLOGNA Tel. 051333453 0513399359 Fax 051332306
e.mail Dirigente preside@laurabassi.it sito web www.laurabassi.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
del Liceo "Laura Bassi"

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a_____prov._____il_____,

residente a_____prov._____via _____

n°_____, in servizio presso c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

- Di voler usufruire di_____giorno/i (di permesso retribuito dal_____al_____)
- Di aver usufruito di_____giorno/i per _____

per i seguenti motivi

_____
_____
_____
_____
_____

* *esporre i motivi con precisione; dichiarazione non valida in caso di certificazione medica; non valida la dicitura "Motivi Personali"*

IL/LA DICHIARANTE