

ISTITUTO COMPRENSIVO "GIACOMO PACCINI"

Via Baracca, 25 – 20845 SOVICO (MB) - Tel. 039 2013458 Fax 039 9418970

C.F. 83012430159 – Codice univoco ufficio UFJ2GP

E- mail: mbic894003@istruzione.it - mbic894003@pec.istruzione.it - www.icpaccinisovico.edu.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO dell' I.C. "G. PACCINI" di SOVICO (MB)

OGGETTO: richiesta di permesso breve

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso codesto Istituto nel corrente a.s. _____ / _____ in qualità di:

docente della scuola: infanzia primaria sec. 1° G

personale ATA: coll. scolastico ass. amm.vo Dsga

con contratto a tempo indeterminato determinato

CHIEDE la concessione di un permesso breve

dalle attività di insegnamento

dalle attività funzionali all'insegnamento

dalle attività di programmazione di TEAM/SEZIONE (docenti infanzia e primaria)

per il giorno _____:

dalle ore _____ alle ore _____ pari a n. _____ ore / su n. _____ ore di servizio

per il seguente motivo: _____

Sovico, _____

In fede

N.B. Il permesso dalle attività di insegnamento e di programmazione deve essere preventivamente autorizzato dal D.S. e le modalità di recupero concordate con l'amministrazione.

Visto del Referente di plesso: _____

=====

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO o del D.S.G.A.:

VISTO: si concede non si concede

Il D.S.G.A.
Giuseppa Zambito

Il Dirigente Scolastico
Concetta Marino

Riservato all'ufficio

Il permesso è stato recuperato

Il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Legge 4.1.68 n.15 – Legge 15.6.97 n. 127 _ Legge 16.6.98 n. 191)

__I__ sottoscritt _____

Consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle altre disposizioni di legge in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la sua responsabilità che dal _____ al _____

Intende sottoporsi a visita medica/accertamenti diagnostici dalle ore _____ alle ore _____
Presso _____
(nome e indirizzo struttura sanitaria)

Intende accompagnare a visita medica/accertamenti diagnostici deve assistere
dalle ore _____ alle ore _____ presso _____
(nome e indirizzo struttura sanitaria o luogo assistenza)

__I__ Sig. _____
(cognome e nome – grado di parentela)

Intende partecipare a convegno seminario formazione/aggiornamento
Dalle ore _____ alle ore _____ Presso _____
Autorizzazione ministeriale _____

altro (specificare) _____

Sovico, _____ Firma del richiedente _____