



# LICEO "TOMMASO STIGLIANI"

indirizzi: LICEO delle SCIENZE UMANE - LICEO delle SCIENZE UMANE opz. ECONOMICO SOCIALE - LICEO LINGUISTICO - LICEO MUSICALE  
✉ Via Lanera, 61 - 75100 MATERA - Tel. ☎ e Fax: 0835-333741 - C.F.80001060773

[www.liceotommasostigliani.edu.it](http://www.liceotommasostigliani.edu.it)  e-mail: [mtpm01000g@istruzione.it](mailto:mtpm01000g@istruzione.it)  [mtpm01000g@pec.istruzione.it](mailto:mtpm01000g@pec.istruzione.it)

Il/La Sottoscritt \_\_\_\_\_

in servizio in questo Istituto in qualità di : \_\_\_\_\_ a Tempo Indeterminato/Determinato

## CHIEDE

DI POTER FRUIRE DEI SEGUENTI PERIODI DI :

Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i di	FERIE a.s. 20__ / 20__
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i di	FERIE a.s. 20__ / 20__
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	Festività Soppressa
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	RECUPERO COMPENSATIVO
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	RECUPERO COMPENSATIVO

Durante l'assenza il/la sottoscritto/a sarà sostituito/a, senza alcun onere per l'amministrazione, dal collega:

_____	firma	_____	firma collega
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	Congedo Parentale Bambino 1 / 12 anni
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	Congedo Malattia Bambino 1/3 anni
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	Congedo Parentale maternità /paternità
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	Aspettativa familiari /personali / studio
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	Permesso per Lutto
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	LEGGE 104
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i di	Permesso Retribuito per motivi familiari/personali
Dal _____	Al _____	n. ____ ore / giorno/i	Permesso Sindacale
Dal _____	Al _____	n. ____ ore di	Permesso orario art.33
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	Esami / Concorsi
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	Corso di Aggiornamento / Formazione
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	Obblighi Legali / Civili - Politici
Dal _____	Al _____	n. ____ ore per	Permesso Diritto allo Studio
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	Donazione Sangue
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i per	Assenza per Malattia **/ Infortunio
Dal _____	Al _____	n. ____ giorno/i di	_____

\*\* Durante il predetto periodo potrà essere reperibile al seguente indirizzo :

\_\_\_\_\_

Il/La Richiedente

Matera , \_\_\_\_\_

Vista la domanda, esprime parere  
 favorevole  non favorevole

Il Direttore Amministrativo

Il Dirigente Scolastico

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Liceo "T. Stigliani"  
Via Lanera, 61  
75100 MATERA

na PAPAPIETRO

---

Rosan

---

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

( art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-)

(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ,

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,

in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

a tempo \_\_\_\_\_ ,

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

**D I C H I A R A**

di  aver usufruito -  voler usufruire di \_\_\_\_\_ giorno/i di permesso retribuito (ai sensi dell'art. 15

c. 2 del CCNL 2006/2009) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per motivi

---

---

---

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_