ISTITUTO COMPRENSIVO "M. TABARRINI"
SCUOLA DELL' INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO
Via Cercignani, 38, 56045 POMARANCE (PISA)
Tel. 0588 65034 0588-65038
C.M.PIIC824004 – C.F. 83002790505 – COD. UNIVOCO FATTURAZIONE : UFJMFD
e-mail :piic824004@pec.istruzione.it – piic824004@istruzione.it

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO DI POMARANCE

Il /la sottoscritto/a _____, in servizio presso _____

in qualità di ☐ DOCENTE ☐ ATA
☐ I.T.D. (tempo determinato) ☐ I.T.I. (tempo indeterminato)

☐ **ANTICIPO FERIE** concesse dal Dirigente senza aggravio per l'amministrazione (personale docente)

☐ **FERIE/FESTIVITA' SOPPRESSE** : ☐ a.s. 2025/26 ☐ a.s precedente (solo per personale ATA)

☐ **PERMESSI DI CUI SOTTO** : **(OBBLIGATORIO allegare autocertificazione)**

a) Per **documentati** motivi personali/familiari — T.IND. 3 gg. a cui si possono aggiungere 6 di ferie art. 15 c. 2
T.D. 6 gg. non retribuiti art. 19 comma 7

b) Per lutto — (spettano 3 gg. anche non consecutivi)

c) Per concorso o esami — T.IND. 8 gg. art 15 comma 1
T.D. 8 gg. non retribuiti art. 19 comma 7

d) Congedo matrimoniale — (spettano 15 giorni)

e) Donazione sangue (L. 107/90) — dopo donazione presentare certificato rilasciato dalla struttura.

f) Permessi retribuiti per mandato amministrativo — inviare certificato di presenza

g) Permessi NON retribuiti mandato ammin. — inviare autocertificazione

☐ **LEGGE 104/92** (3 giorni al mese)

☐ **ASSENZA PER MALATTIA** — **Obbligo di avviso immediato** ed invio domanda e certificato medico entro 5 gg. – **VISITA FISCALE** (limite 18 mesi nel triennio)
(comunicare se il domicilio è diverso dalla residenza)

☐ **VISITA SPECIALISTICA/ ANALISI CLINICHE** — **PRESENTARE ATTESTATO DI PRESENZA**

☐ **ASSENZA PER MALATTIA DEL FIGLIO/A** — **ETA' INFERIORE A 3 ANNI** : stipendio al 100% nei primi 30 gg per ogni anno di età del bambino; ulteriori periodi senza retribuzione

☐ **ASSENZA PER MALATTIA DEL FIGLIO/A** — **ETA' DA 3 A 8 ANNI** : 5 gg. per ogni anno di età del **bambino senza stipendio**. Obbligo di avviso immediato ed invio domanda e certificato

☐ **ASTENSIONE FACOLTATIVA** (di cui al Dlgs 80/2015 in vigore al 25.06.2015) — **fino al compimento del 12° anno di vita del bambino con preavviso di giorni 5 : i primi 30 giorni retribuiti al 100% per i restanti periodi indennità pari al 30%** per massimo 9 mesi.

nel periodo dal _____fino al _____= gg. _____
DATA _____

Firma del richiedente
_____

Visto
IL COORDINATORE DI PLESSO/IL DSGA
_____

Visto
LA DIRIGENTE SCOLASTICA
(dott.ssa Laura Pineschi)

ISTITUTO COMPRENSIVO "M. TABARRINI"
SCUOLA DELL' INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO
Via Cercignani, 38, 56045 POMARANCE (PISA)
Tel. 0588 65034 0588-65038
C.M.PIIC824004 – C.F. 83002790505 – COD. UNIVOCO FATTURAZIONE : UFJMFD
e-mail :piic824004@pec.istruzione.it – piic824004@istruzione.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIETA'
Rilasciata ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a _____ (_____) _____ il _____
(comune di nascita) prov.

residente a _____ (_____) _____
(comune di residenza) prov.

in _____ n. _____ c.a.p. _____
(indirizzo)

documento _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

D I C H I A R A

Che lo/la stesso/**a in data odierna si è recato**

Presso _____
Denominazione della struttura

in _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____
località

per sottoporsi a

☐ visita specialistica ☐ terapia ☐ prestazione specialistica ☐ esami diagnostici

dalle ore _____ alle ore _____.

Si allega copia documento identità

Se non già in possesso dell'ufficio segreteria

Luogo e data il/la Dichiarante

_____ _____