

Al Dirigente Scolastico  
I.T.E. "J. Barozzi"  
Modena

**PERMESSI RETRIBUITI ART. 15 CCNL 2006/2009**

\_ l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesto Istituto in qualità di **docente a tempo indeterminato**,

**CHIEDE**

Ai sensi dell'art. 15 del CCNL del 29/11/2007 del comparto scuola

- gg. \_\_\_\_\_ di permesso retribuito dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ compresi

Per i motivi che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, autocertifica di seguito sotto personale responsabilità:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Allega/Allegherà eventualmente la seguente documentazione:** \_\_\_\_\_

---

Modena \_\_\_\_\_

Firma

---



Visto, ritenuti validi i motivi adottati, si autorizza

**La Dirigente Scolastica  
Prof.ssa Lorella Marchesini**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ITE BAROZZI – MODENA

**Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza familiare portatore di Handicap**

\_ l \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ il \_\_\_\_/ \_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov.( \_\_\_\_ ) in  
servizio presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di DOCENTE con contratto di lavoro  
a tempo **indeterminato / determinato**

**CHIEDE**

in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 n. 104, come modificato dall'art. 21 del D.L.  
27/8/1993 n. 324, convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993 n. 423, nonché dall'art. 3  
comma 38 della Legge 24/12/1993 n. 537 e dall'art. 20 della legge 8/3/2000 n. 53

giorni n. \_\_\_\_\_ di **PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare**

\_\_\_\_\_ ,

portatore di **handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da  
fruire ne \_\_\_\_ seguent \_\_\_\_ giorn \_\_\_\_\_

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

Firma

\_\_\_\_\_

~~~~~  
Visto:

La Dirigente Scolastica  
Prof.ssa Lorella Marchesini

Al Dirigente Scolastico  
dell' I.T.E. "J. Barozzi"  
Modena

**OGGETTO: richiesta collocazione in assenza per:**

malattia /  visita medica /  esami laboratorio.

\_\_ L \_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ assunto a **tempo indeterminato / determinato** in servizio presso codesto  
istituto in qualità di **DOCENTE** per l'insegnamento di

\_\_\_\_\_ ,

**CHIEDE**

di essere collocat\_\_ in assenza dal servizio  per malattia /  visita medica /  esami di laboratorio  
per gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ .

**Allega:**  Cert. medico  Cert. ricovero  Cert. day-hospital  \_\_\_\_\_

**Allegherà:**  Cert. medico  Cert. ricovero  Cert. visita medica  \_\_\_\_\_

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al  
seguente indirizzo (**solo se diverso da quello abituale**) :

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ .

Comunica, altresì, che sarà reperibile nelle seguenti FASCE ORARIE (**solo se diverse da quelle  
previste dalle norme, ore 9/13 e 15/18**) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

In fede

\_\_\_\_\_

La presente formalizza il fonogramma del \_\_\_\_\_ Prot.N° \_\_\_\_\_

~~~~~

Visto: \_\_\_\_\_

La Dirigente Scolastica  
Prof.ssa Lorella Marchesini



Al Dirigente Scolastico  
dell'I.T.E. "J. Barozzi"  
Modena

\_ L \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ assunto a tempo indeterminato/determinato in servizio presso codesto Istituto  
in qualità di DOCENTE

**CHIEDE**

ore \_\_\_\_ di **permesso breve** come previsto dall'art. 16 del C.C.N.L. 2006/2009 nel giorno  
\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_ L \_ sottoscritt\_ si impegna a recuperare il tempo non lavorato, in una o più soluzioni entro i due  
mesi successivi a quello di fruizione. Qualora il recupero non fosse possibile per cause dipendenti  
dal\_\_ sottoscritt\_ l'amministrazione provvederà ad operare le trattenute del caso.

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

In fede

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Visto, ritenuti validi i motivi adottati, si concede.

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

Ore fruitate dall'inizio dell'a.s.	ore _____
Tetto annuale (pari alle ore di cattedra)	ore _____
Ore della presente domanda	ore _____
Rimangono	ore _____
Schema recupero ore di permesso richieste	
1^ ora recuperata dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____ classe _____	
1^ ora recuperata dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____ classe _____	

**La Dirigente Scolastica**  
**Prof.ssa Lorella Marchesini**

Al Dirigente Scolastico  
ITE BAROZZI - MO

**Oggetto:** Partecipazione a corso di aggiornamento promosso da soggetto qualificato  
**Personale a tempo indeterminato**

Il/la sottoscritto/a ....., nato/a il .....  
a..... prov. ....  
e residente in via ..... comune di .....  
cap ..... prov. ...., assunto/a tempo indeterminato in qualità di .....  
presso.....

CHIEDE

ai sensi dell'art. 64 e 67 c.5 del Ccnl Scuola 2006/2009, di partecipare, con diritto alla sostituzione **fino a cinque giorni nell'arco dell'anno scolastico**, al corso di aggiornamento sottodescritto:

Titolo: ....., promosso da .....

soggetto qualificato per la formazione ai sensi dell'art.67 Ccnl 06/09, che si terrà a

.....  
dal ..... al .....  
compresi.

Si impegna a produrre la necessaria attestazione di partecipazione al rientro in sede.

Data

Firma

**Autorizzazione del Dirigente Scolastico**

Si autorizza/ Non si autorizza

La Dirigente Scolastica  
Prof.ssa Lorella Marchesini

*Nota: richiesta analoga è fattibile per iniziative d'aggiornamento promosse da scuole, Università, Irre, Miur.*

Al Dirigente Scolastico

I.T.E. "J. Barozzi" Modena

**Oggetto: Permesso straordinario per il diritto allo studio (150 ore)**

\_ l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in servizio presso I.T.E. "J. Barozzi" – Modena a T.I./T.D., in qualità di Docente

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formulazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 dicembre 2000 e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt. 483, 495 e 496 del codice penale

DICHIARA

- di essere regolarmente iscritt\_ per l'a.s. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ per il conseguimento di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- di essere regolarmente iscritt\_ per l'a. accademico \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_  
Facoltà di \_\_\_\_\_ Corso di Laurea in \_\_\_\_\_
- di essere beneficiari\_\_ dei permessi per il diritto allo studio di cui al D.P.R. 395/88, ai sensi e per gli effetti del Decreto \_\_\_\_\_, prot.n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

CHIEDE.

ai sensi dell'art. 15, c. 7 del CCNL/2007 e art. 3 DPR 395/88, di poter usufruire di n.giorni/n.ore \_\_\_\_\_ di permesso retribuito in data \_\_\_\_\_ in quanto dovrà sostenere gli esami e/o l\_ prov\_\_ orali/scritte e/o assistere alle lezioni di \_\_\_\_\_

\_L\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara di aver utilizzato alla data odierna di n. giorni/ore \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Firma