



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "Michele BUNIVA"

10064 PINEROLO (Torino) – Via dei Rochis, 25

TOIS038002@istruzione.it - TOIS038002@pec.istruzione.it

<http://www.buniva.edu.it> 0121 374347 Codice Fiscale 85007140016

Settore Economico	Amministrazione, Finanza e Marketing -- Relazioni Internazionali per il Marketing
Settore Tecnologico	Costruzioni, Ambiente e Territorio -- Perito in Informatica e Telecomunicazioni
Liceo Artistico	Arti Figurative -- Architettura e Ambiente - Multimediale

MODELLO AD ESCLUSIVO UTILIZZO DEL PERSONALE A.T.A.

MODELLO EDITABILE, DA SPEDIRE IN FORMATO PDF ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA ISTITUZIONALE TOIS038002@ISTRUZIONE.IT

RICHIESTA DI PERMESSO PER L'ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI

(max 18 ore per anno scolastico)

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio con contratto a tempo o indeterminato o determinato fino al _____ in qualità di _____

CHIEDE

alla S.V. – in applicazione dell'art. 69 del C.C.N.L. 2019/2021 – di poter fruire di un permesso per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ (tot. ore _____).

N.B. Nel caso di permesso fruito su base giornaliera, il trattamento economico accessorio del lavoratore è sottoposto alla medesima decurtazione prevista dalla vigente legislazione per i primi dieci giorni di ogni periodo di assenza per malattia.

Pinerolo, _____

SI AUTORIZZA

Il Direttore Amministrativo
(Marlisa Simbolo)

Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione digitale e norme ad esso connesse

Segue modello di autocertificazione, da utilizzare in alternativa all'attestazione, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura presso la quale è stata svolta la prestazione.

AUTOCERTIFICAZIONE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ prov. (____) residente a _____ prov. (____) in via/piazza _____ n. _____, in servizio presso l'I.I.S. "Michele Buniva" di Pinerolo (TO) in qualità di _____, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del d.P.R. 28/12/2000 n. 445

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che l'assenza del giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per il seguente motivo:

visita specialistica terapia prestazione specialistica esami diagnostici

si è resa necessaria per recarsi presso l'Ente/Struttura _____ sito/a a _____ prov. (____) in via/piazza _____ n. _____ tel. _____ mail _____ dalle ore _____ alle ore _____.

L'Amministrazione procederà ad effettuare i necessari controlli sul contenuto delle autocertificazioni ai sensi dell'art. 71 del d.P.R. n. 445/2000, provvedendo alla segnalazione all'autorità giudiziaria penale e procedendo all'accertamento della responsabilità disciplinare in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 d.P.R. n. 445/2000).

Pinerolo, _____

IL/LA DICHIARANTE
