

XI ISTITUTO COMPRENSIVO  
PROF. N. ....  
DEL .....  
CLASSIF.....

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
del \_\_\_\_\_  
di MESSINA

1 sottoscritt \_\_\_\_\_ dipendente con la  
qualifica di \_\_\_\_\_, in servizio presso questo Istituto  
nel corrente a.s., chiede alla S.V. di poter fruire:

- dal \_\_\_/\_\_\_/20 - al \_\_\_/\_\_\_/20 per complessivi giorni \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) di:  
- dal \_\_\_/\_\_\_/20 - al \_\_\_/\_\_\_/20 per complessivi giorni \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) di:  
- dal \_\_\_/\_\_\_/20 - al \_\_\_/\_\_\_/20 per complessivi giorni \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) di:

*Ferie*  relative al corrente a.s. 20\_\_\_/20\_\_\_  
 maturate e non godute nel precedente a.s. 20\_\_\_/20\_\_\_  
 per motivi personali o familiari art.15 c. 2 CCNL 2006/2009

**Festività previste dalla L. 23.12.77 n° 937 DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ GG. \_\_\_\_\_**

**Permesso retribuito per:**  partecipazione a concorso/esame  
 lutto familiare  
 motivi personali/familiari  
 matrimonio

Astensione facolt.va prevista dalla l.1204/71 art. 7 - 1^ comma (\*\*)  
 Astensione facolt.va prevista dalla l.1204/71 art. 7 -4^ comma (malattia del bambino) (\*)  
 Malattia (\*\*)  
 Visita specialistica (\*\*) " **il/la sottoscritt DICHIARA che la visita non può aver luogo nella giornata di sabato né durante la settimana al di fuori del proprio orario di lavoro**" - In fede- firma \_\_\_\_\_  
 Aspettativa per motivi di studio/famiglia  
 Altro caso previsto dalla normativa vigente \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritt DICHIARA sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, così come modificato ed integrato dall'art.15 della legge 16/01/2003, n.3, ai fini di visita medico-fiscale, di trovarsi al**

**seguinte domicilio: CITTA' \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_**  
**\_\_\_\_\_ , n. \_\_\_\_\_ -trav./ Is. / - \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_**

Con osservanza

Messina li \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica

Firma \_\_\_\_\_

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Il dipendente ha già fruito di complessivi gg. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
nel corso  del corrente a.s. \_\_\_\_\_  triennio  quinquennio  
 del precedente a.s. \_\_\_\_\_

documentazione giustificativa  
 certificazione medica

L'assistente amm.vo addetto al controllo

Il Direttore dei Servizi G.A.

ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO \_\_\_\_\_

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

INFORMATIVA PRIVACY (D.Lgs.30 giugno 2003 n°196)

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, si forniscono le seguenti informazioni:

**Finalità del trattamento:** il trattamento dei dati personali forniti nella presente domanda è finalizzato unicamente alla corretta esecuzione dei compiti istituzionali dell'Istituto Scolastico; se riguardante dati sensibili e giudiziari è svolto sulla base degli articoli 22 e 73, comma 2° lett.a), b), del D.Lgs. 30 giugno 2003 n° 196

Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter procedere al regolare espletamento delle attività istituzionali di Pubblica Istruzione;

**Modalità:** il trattamento avverrà con l'utilizzo di procedure informatizzate e non, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

**Ambito di comunicazione:** I dati potranno essere portati a conoscenza di responsabili e incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio che debbono partecipare all'attività istituzionali di Pubblica Istruzione;

**Diritti:** sono riconosciuti i diritti di cui all'art 7 del codice e in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali e di richiederne la rettifica, l'aggiornamento per motivi legittimi rivolgendolo le richieste al Responsabile o al Titolare del trattamento dei dati dell'Istituto scolastico;

**Titolare:** Prof. Domizia ARRIGO dirigente scolastico, rappresentante legale dell'Istituto Scolastico;

**Responsabile:** Prof. Domizia ARRIGO dirigente scolastico.

(Firma leggibile dell'interessato)