All’att.ne di Dirigente Scolastico *IC “Aldo Moro”* Solbiate Olona (Va)

**PERMESSO LUTTO FAMILIARE**

(massimo 3 giorni per evento)

Il/La sottoscritto/a nato/a a

(provincia ) il in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di con contratto a tempo  determinato  indeterminato, nel plesso  Secondaria I° grado /  Primaria /  Infanzia “Andrea *Ponti”*

# CHIEDE

n° giorni dal al

per:

* coniuge o convivente
* parenti entro il secondo grado: genitori, figli, fratelli, nonni, nipoti (per i nonni)
* affini di primo grado: suoceri, nuore, generi.

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

*(Legge 04/01/1968 n°15 art.2, Legge 15/03/1997 n°127 art.3 comma 10, Dpr 403 20/10/1998 art.1, Dpr 445 28/12/2000 art.46)*

Consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio sulla base della dichiarazione non veritiera

# DICHIARA

che il giorno

è avvenuto il decesso di

Nome

Grado di parentele

Comune

*Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informative ai sensi dell’art.13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) consultabili alla*

*voce “Privacy del sito della scuola* [*www.icmoro.edu.it*](http://www.icmoro.edu.it/)

Solbiate Olona, Firma dipendente

 il coordinatore di plesso è al corrente Firma coordinatore

 **SI** AUTORIZZA Il Dirigente Scolastico Reggente

 **NON** SI AUTORIZZA Prof.ssa Armida Truppi

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