

**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

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