

AVVISO AL PERSONALE ATA

Predazzo, 22 novembre 2021

**AL PERSONALE ATA  
AL PERSONALE ASSISTENTE  
EDUCATORE**

I.C. Predazzo-Tesero-Panchià-Ziano

LORO SEDI

Sul SITO dell'Istituto

Oggetto: **invio nuova modulistica per la richiesta di permessi retribuiti per il personale ATA e Assistente Educatore.**

Con la presente, si invia, il nuovo modulo TRK9 bis che sostituisce il precedente inviato in allegato all'avviso prot. n. 15790/4.1 del 29 ottobre 2021.

Si richiama l'attenzione sul fatto che i permessi retribuiti per gravi motivi personali e familiari, e non retribuiti per motivi personali, sono richiedibili solamente a giornata lavorativa.

Tutte le richieste vanno inoltrate con congruo anticipo.

Distinti saluti.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

*Dott.ssa Elisabetta Pizio*



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

*Al Servizio per il Reclutamento e  
Gestione del Personale della Scuola  
Tramite PITre*

**OGGETTO: RICHIESTA PERMESSO RETRIBUITO**

(Art. 40 comma 1 del vigente C.C.P.L. del personale di categoria)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro a tempo:

pieno  parziale orizzontale  parziale verticale

**DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO**  **DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO**

**chiede permesso retribuito per \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_**

dal giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

per un totale di giorni \_\_\_\_\_.

**I permessi retribuiti spettano in proporzione per i dipendenti con rapporto di lavoro part-time verticale e per i dipendenti a tempo determinato relativamente alla durata del contratto di lavoro.**

Si allega idonea documentazione a supporto della richiesta:

---

---

---

FIRMA DEL DIPENDENTE

Data \_\_\_\_\_

**Per accettazione:**  
(TIMBRO E FIRMA)

DIRIGENTE / COORDINATORE PEDAGOGICO

**USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE**

Tutte le specifiche riguardo all'uso dei dati personali e ai diritti del dichiarante sono indicate nella nota "Informativa privacy", ai sensi del Regolamento UE 679/2016".

## **TABELLA CODICI ASSENZA**

**Permessi retribuiti fruibili solo a giornata intera sia da dipendenti a tempo indeterminato che determinato.**

<b>Cod. 15</b>	<b>PERMESSO PER ELEZIONI PUBBLICHE</b>
<b>Cod. 34</b>	<b>PERMESSO PER RICHIAMO ALLE ARMI</b>
<b>Cod. 39</b>	<b>PERMESSO PER MATRIMONIO</b>
<b>Cod. 3B</b>	<b>PERMESSO PER LUTTO</b>
<b>Cod. 3E</b>	<b>PERMESSO PER VOLONTARIATO</b>
<b>Cod. 3F</b>	<b>PERMESSO CONCORSI / ESAMI</b>
<b>Cod. 3G</b>	<b>PERMESSO DONAZIONE SANGUE / MIDOLLO OSSEO</b>
<b>Cod. 3U</b>	<b>PERMESSO PADRE PER NASCITA FIGLIO/A</b>

**Permessi retribuiti fruibili a ore/minuti sia da dipendenti a tempo indeterminato che determinato.**

<b>Cod. 17</b>	<b>PERMESSO PER TESTIMONIANZA IN TRIBUNALE</b>
<b>Cod. 3H</b>	<b>PERMESSO PER SOCCORSO PUBBLICHE CALAMITA'</b>
<b>Cod. 3L</b>	<b>PERMESSO PER FORMAZIONE PROTEZIONE CIVILE</b>
<b>Cod. 1S</b>	<b>PERMESSO PER PARTECIPAZIONE COMITATO PARI OPPORTUNITA'</b>
<b>Cod. 1U</b>	<b>PERMESSO PER GIUDICE POPOLARE</b>

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER PERMESSO RETRIBUITO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

MATR. N. \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

### DICHIARA

*(barrare la/le caselle di interesse sulla base degli adempimenti richiesti)*

che in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ha contratto matrimonio/unione civile nel Comune di \_\_\_\_\_  
Prov. di \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

che in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ha sostenuto l'esame/ il concorso di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

che in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ nel comune di \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_ è nato/a il/la figlio/a  
\_\_\_\_\_

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO/A<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE**

*Tutte le specifiche riguardo all'uso dei dati personali e ai diritti del dichiarante sono indicate nella nota "Informativa privacy", ai sensi del Regolamento UE 679/2016"*

<sup>1</sup> La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
DI MORTE PER PERMESSO LUTTO**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

MATR. N. \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

**DICHIARA**

*(barrare la/le caselle di interesse sulla base degli adempimenti richiesti)*

che il/la sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ grado di parentela <sup>(1)</sup>

marito/moglie       figlio/figlia       padre/madre       nonno/nonna

convivente <sup>(2)</sup>       genero/nuora       suocero/suocera       nipote

fratello/sorella       cognato/cognata       zio/zia diretto/a

è deceduto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Il funerale si svolgerà il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO/A <sup>(3)</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE**

*Tutte le specifiche riguardo all'uso dei dati personali e ai diritti del dichiarante sono indicate nella nota "Informativa privacy", ai sensi del Regolamento UE 679/2016".*

<sup>(1)</sup> Indicare il grado di parentela/legame con il richiedente.

<sup>(2)</sup> Purché la convivenza di fatto con il/la richiedente risulti da certificazione anagrafica.

<sup>(3)</sup> La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.