

AUTOCERTIFICAZIONE PER PERMESSO RETRIBUITO
Artt 15, comma 2, e 13, comma 9, CCNL SCUOLA

Al Dirigente Scolastico dell'I.I.S. "Euclide"
di Bova Marina

Il /La sottoscritto/a nato/a
a il e residente
..... in via n.
c.f., in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica
in qualità di a tempo

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti
previste dalla normativa vigente:**

DICHIARA

di essere stato/a presente in data dalle ore alle ore presso
la struttura in
località alla via
..... n.

per sottoporsi a:

Visita medica;

Esami clinici;

Terapia;

per come dichiarato nella richiesta di permesso retribuito per motivi personali, presentata in data
.....

Data e Luogo

FIRMA *
