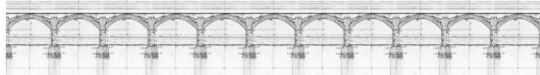




MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
C.P.I.A. Centro Provinciale Istruzione Adulti



Viale San Marco n.67 - MESTRE - VENEZIA Tel 0418897830
E mail VEMM161005@istruzione.it – Posta certificata: VEMM161005@pec.istruzione.it
Cod. Meccanografico VEMM161005 – Codice fiscale 90171460273 - CUF UFVAAT

DP MOD 1

AI DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____

docente **scuola primaria / scuola secondaria I grado / ATA**

a tempo **indeterminato / determinato**

in servizio presso CPIA sede di erogazione di _____ dipendente da questo istituto,

comunica di usufruire:

dal _____ al _____ di complessivi gg. _____ di

- malattia (certificato medico n. protocollo _____)**
- visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici (allegare attestazione)**
(compilare dichiarazione ai sensi dell'art.46 n.445 del 28.12.2000)

Data, _____

(firma del dipendente)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
DOTT. CARLO VIGNATO

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) via _____ n° _____

consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Il/La sottoscritt__ dichiara di essere informat__ ai sensi e per gli effetti di cui all'Art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. .

Data,

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)