

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO TRILUSSA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritt _____
in servizio nell' a.s presso codesto
Istituto in qualità di:

Docente Dirett. S.G.A. Ass.te Amm.vo Collab. Scol.
a tempo indeterminato determinato

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

DICHIARA

Di aver usufruito di _____ giorni di assenza dal lavoro
dal _____ al _____ per i seguenti motivi: _____

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. n. 196 del 30 Giugno 2003-Codice in materia di protezione dei dati personali)

Milano, _____

**Firma

** la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero è sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

AUTENTICAZIONE DELLA SOTTOSCRIZIONE

A CURA DELL'INCARICATO DELEGATO A RICEVERE LA SOTTOSCRIZIONE

Si attesta che la sottoscrizione è stata apposta in mia presenza, previo accertamento dell'identità della persona che sottoscrive; ovvero è stata presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Firma del delegato _____

Milano, _____