

Da compilare a cura dell'istituzione scolastica

Denominazione scuola _____

di _____

Dati di acquisizione della domanda prot. n. _____ del _____

- compilare in stampatello ed in modo leggibile -

DOMANDA PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI RETRIBUITI DIRITTO ALLO STUDIO –
150 ORE PER L'ANNO 2020 (art.3, D.P.R. 395/1988)

ALL'UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA
PUGLIA UFFICIO VI – Ambito Territoriale per la Provincia
di Lecce

Per il tramite della Scuola

.....
.....
.....

(Istituzione Scolastica di Appartenenza)

La/Il sottoscritt _____, nat _____ a _____

Prov. _____ il _____, recapito telefonico _____, e-mail _____

in servizio presso l' istituzione scolastica _____, in qualità di:

DOCENTE di: *Scuola Infanzia*

- Scuola Primaria*
- Scuola Sec. 1° grado* - Classe di Concorso _____
- Scuola Sec. 2° grado* - Classe di Concorso _____
- Religione Cattolica (Specificare grado di istruzione)

PERSONALE A.T.A. con la qualifica di

con la seguente posizione giuridica (1):

- contratto di lavoro **a tempo indeterminato**
 tempo pieno

tempo parziale: n. ore _____ su n. ore _____

Di avere una anzianità di servizio di anni _____ di ruolo (non comprensivo degli anni pre-ruolo);

contratto di lavoro **a tempo determinato** fino al termine dell'anno scolastico: **scad. 31/08/2020**

tempo pieno **tempo parziale:** n. ore _____ su n. ore _____

Estremi contratto di lavoro _____ del _____

Di avere una anzianità di servizio, escluso l'anno in corso, di anni _____ non di ruolo;

contratto di lavoro **a tempo determinato** fino al termine delle attività didattiche: **scad. 30/06/2020**

tempo pieno **tempo parziale:** n. ore _____ su n. ore _____

Estremi contratto di lavoro _____ del _____

Di avere una anzianità di servizio, escluso l'anno in corso, di anni _____ non di ruolo;

(*il personale docente, per la valutazione dell'intero anno scolastico dovrà aver prestato almeno 180 giorni di servizio*)

CHIEDE

Per l'**anno solare 2019 (periodo novembre / dicembre)**

di poter fruire nell' anno 2019 dei permessi per il diritto allo studio previsti dall'art. 3 del D.P.R. n.395/88 e dal CCDR/2017, per la frequenza del IV ciclo del TFA Sostegno e a tal fine : Dichiara di ESSERSI ISCRITTO AL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE TFA SOSTEGNO IN DATA _____ PRESSO _____

SI ALLEGA DOCUMENTAZIONE DI AVVENUTA ISCRIZIONE.

I sottoscritt_ si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente, eventuale rinuncia alla fruizione dei permessi in caso di interruzione, per qualsiasi causa, della frequenza del corso di studi per il quale è stato chiesto il beneficio ex art. 3 del DPR n. 395/88.

La/il sottoscritta/o , ai sensi della Legge n. 675/96, autorizza l'Amministrazione Scolastica e gli Uffici Competenti ad utilizzare i dati personali dichiarati solo ai fini istituzionali e necessari per l'espletamento del procedimento di cui alla presente domanda.

luogo e data _____

Firma richiedente _____

Ai sensi dell'art. 14 del D.P.R. n. 275/99, rientra nella competenza esclusiva dei Dirigenti Scolastici la verifica dei presupposti circa la sussistenza del diritto per i singoli richiedenti e quindi, in concreto, la concessione dei permessi o il diniego.

luogo e data _____

Visto: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(timbro e firma)

NOTE:

(I) Barrare con il simbolo X la voce che interessa.

N.B.

- a) LA POSSIBILITA' DI ACCOGLIMENTO DELLA RICHIESTA E' RIMESSA NEI LIMITI DELLA DISPONIBILITA' DEL CONTINGENTE MASSIMO STABILITO .
- b) LE DOMANDE COMPILETE IN MODO INCOMPLETO E/O PRESENTATEE FUORI TERMINE NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE