



LICEO STATALE "GALILEO GALILEI"

Indirizzi: **Classico – Scientifico – Linguistico**

Scientifico opzione Scienze Applicate

Via G. Mancini – 87027 PAOLA (Cosenza)

Codice Fiscale 86001310787 – C.M. CSPS210004

Tel. 0982 / 613505 – e-mail: csp210004@istruzione.it

Sito www.liceostatalepaola.edu.it

Alla Dirigente scolastica
Del Liceo Statale "G. Galilei" di Paola
Via Mancini-87027 Paola

Oggetto: conferma dei requisiti per usufruire dei permessi di cui all'art. 33, commi 3 e 6, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a.....Prov. (____)il....., in servizio presso il
Liceo Statale di Paola.....in qualità di.....

- Direttore SGA
- Docente con contratto a tempo indeterminato (specificare posto comune/L2/sostegno o disciplina) _____
- Docente con contratto a tempo determinato (specificare posto comune/L2/sostegno o disciplina) _____
- Assistente Amministrativo con contratto a tempo indeterminato
- Assistente Amministrativo con contratto a tempo determinato
- Assistente Tecnico con contratto a tempo indeterminato
- Assistente Tecnico con contratto a tempo determinato
- Collaboratore Scolastico con contratto a tempo indeterminato
- Collaboratore Scolastico con contratto a tempo determinato

determinato/indeterminato, avendo presentato nell'anno scolastico...../.....tutta la documentazione inerente alla fruizione dei permessi di cui alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, ai sensi e per gli effetti degli art. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 relativi alle dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che la predetta situazione non ha subito variazioni e che pertanto ha il diritto di fruire dei permessi in parola.

Paola,/...../.....

Firma del dipendente

.....

VISTO DELLA DIRIGENTE SCOLASTICA

.....