

Da compilare a cura dell'istituzione scolastica

Denominazione scuola _____
_____ di _____

Estremi di acquisizione della domanda Prot. n. _____ del _____

**DOMANDA PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER DIRITTO ALLO STUDIO (150 ORE)
PER L'ANNO 2019**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: permesso straordinario per il diritto allo studio (150 ore) - Anno solare 2019

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

in servizio nell'A.S. 2018/2019 presso la scuola _____

in qualità di (1):

- 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:

- con contratto di lavoro **tempo pieno** con contratto di lavoro **tempo parziale ore** _____
 con contratto di lavoro **a tempo indeterminato** ;
 con contratto di lavoro **a tempo determinato** fino al termine dell'anno scolastico
 con contratto di lavoro **a tempo determinato** fino al termine delle attività didattiche
 supplenza **temporanea** fino al _____

CHIEDE

di poter fruire nell'anno 2019 dei permessi per il diritto allo studio previsti dall'art. 3 del D.P.R. n.395/88, per la frequenza **di un corso di studio** come di seguito specificato **(1) (2)**

a tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, nonché delle sanzioni penali in cui può incorrere per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- LAUREA TRIENNALE o MAGISTRALE o TITOLO EQUIPOLLENTE (compreso primo anno fuori corso) presso _____ della durata di anni _____
- DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA presso _____
- TFA – CLIL – CORSO CONSEGUIMENTO SPECIALIZZAZIONE PER ATTIVITA' DI SOSTEGNO
- 24 CFU
- DOTTORATO DI RICERCA
- MASTER o CORSO DI PERFEZIONAMENTO POST-UNIVERSITARIO in presenza : NOME CORSO _____ della durata di _____ presso _____
- SINGOLI ESAMI UNIVERSITARI per un totale di n. CFU _____
- CORSO ON-LINE o E-BLENDED

-
- trattasi di rinnovo del permesso autorizzato nell'anno precedente **per la medesima finalità**:

SI NO

di non aver mai **ottenuto** permessi

TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE OBBLIGATORIAMENTE COMPILATI

Il/la sottoscritto/a , ai sensi della Legge n. 675/96, autorizza l'Amministrazione Scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo ai fini istituzionali e necessari per l'espletamento del procedimento di cui alla presente domanda.

NOTE:

(1) Barrare con il simbolo X la voce che interessa;

(2) I corsi finalizzati al conseguimento di titoli di studio o qualificazione professionale, la cui frequenza può dar titolo ai permessi, sono quelli indicati nell'art. 3 del DPR 395/88 di seguito specificati:

- corsi universitari e post-universitari, questi ultimi purchè previsti dagli statuti delle università statali o legalmente riconosciute, o quelli indicati dagli artt. 4, 6 e 8 della legge 341/90;
- corsi finalizzati al conseguimento di titolo di studio aventi valore legale, di attestati professionali, di titoli di specializzazione riconosciuti dall'ordinamento pubblico;

Luogo e data _____

Firma richiedente

Data, _____

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(timbro e firma)