

**AUTOCERTIFICAZIONE**

(ai sensi del DPR 445/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica a tempo indeterminato in qualità di  
DOCENTE/ATA \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

di usufruire di \_\_\_\_\_ giorno/i dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
di permesso retribuito **PER MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI** che il/la sottoscritto/a  
**AUTOCERTIFICA** (ai sensi dell'art.15 c.2 del CCNL 2006/09-art. 31 CCNL 2016/18) come di  
seguito indicato:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_