ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE " Gorni"
Via Allende n. 7 – Tel. 0376–618926 Fax. 0376-626175
QUISTELLO (MN)
e-mail: mnic821001@istruzione.it
posta elettronica certificata: mnic821001@pec.istruzione.it
sito scuola: http://www.icquistello.gov.it

DOMANDA DI CONGEDO PER MALATTIA DEL/DELLA FIGLIO/A.

☐ fino ai tre anni **☐ oltre i 3 fino agli 8 anni**

Al Dirigente Scolastico

__L__ SOTTOSCRITT__ _____

NAT__ A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ (PROV. _____)

IN VIA _____N. _____ CAP _____

|__| DOCENTE |_| T I |_| T D SCUOLA |__| INFANZIA |__| PRIMARIA |__| SECONDARIA 1 °

|_| A. T. A. (profilo.....) |_| T I |_| T D

in servizio, nel corrente a.s. **20___/ 20___** presso il plesso di _____

COMUNICA

CHE INTENDE ASSENTARSI DAL LAVORO PER MALATTIA DEL / DELLA FIGLI___

(cognome e nome del / della figlio/a) .....

di età ☐ **fino ai tre anni** ☐ **oltre i 3 anni e fino agli 8 anni** ai sensi dell'art. 47 del Decreto Legislativo n. 151 del 26-3-2001, dal _____ al _____ per complessivi giorni_____ come da certificato di malattia allegato.

A tal fine, secondo quanto prescritto dall'art. 51 del D.L.vo 51 / 2001, **dichiaro**, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28-12-2000 che **l'altro genitore** _____ nato a _____ il _____, NON E' IN CONGEDO NEGLI STESSI GIORNI E PER LO STESSO MOTIVO in quanto _____

La nascita del/ della figli____ è avvenut___ il _____

Allegati: certificato medico malattia figlio/a.

FIRMA

Data _____ _____