

Al Dirigente Scolastico
dell' IC 1 TENENTE MARIO DE ROSA

OGGETTO: DOMANDA PER USUFRUIRE DEL CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO.

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ prov. (_____) il ___ / ___ / _____,
in servizio presso quest'Istituto in qualità di _____, conferma
la sua assenza dal lavoro per malattia del figlio, ai sensi dell'art. 47 del Dlgs. 26/3/2001 n. 151, quale genitore
del/la bambino/a _____ nato/a il ___ / ___ / _____,
per il periodo dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per un totale di gg. _____, come da certificato
di malattia allegato, rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato.

A tal fine, secondo quanto prescritto dall'art. 51 del Dlgs. N. 151/2001, dichiaro, ai sensi dell'art. 47 del
D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, che l'altro genitore _____,
nato/a a _____ prov. (_____) il ___ / ___ / _____,

- a) non è in congedo negli stessi giorni e per lo stesso motivo, perché:
- non è titolare della potestà di genitore sul bambino, essendone il/la sottoscritto/a l'unico/a affidatario/a;
 - non è lavoratore dipendente;
 - pur essendo lavoratore dipendente presso _____,
non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto.
- b) che nell'anno di vita in corso del bambino sono stati utilizzati da entrambi i genitori alternativamente i seguenti
periodi di congedo per malattia del figlio:

MADRE

- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____

PADRE

- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____
- dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ per gg. _____

PER UN TOTALE DI GG. _____

_____,
(luogo e data)

In fede

CONFERMA DELL'ALTRO GENITORE, QUALORA EGLI SIA LAVORATORE DIPENDENTE

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ prov. (_____) il ___ / ___ / _____,
e residente in _____ prov. (_____) al seguente indirizzo:

_____,
tel./cell. _____, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,
conferma la suddetta dichiarazione del/la sig./ra _____.

_____,
(luogo e data)

In fede

Visto della Dirigente Scolastica
Dott.ssa ADELE PASSARO