

DOMANDA DI CONGEDO MALATTIA FIGLIO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO di
CODOGNE' e GAIARINE

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome e nome

qualifica _____ a tempo _____
indeterminato/determinato

in servizio presso questo Istituto – sede di _____

nel corrente A.S. _____

COMUNICA

ai sensi della Legge 120/71 e art. 3 Legge 53/2000, l'assenza dal lavoro

dal _____ al _____ per complessivi giorni _____ per

congedo per malattia del figlio/a (*) _____
Cognome e nome figlio/a

fino ai tre anni di vita del figlio

da 3 a 8 anni di vita del figlio

DICHIARA che durante il periodo di assenza richiesto sarà reperibile al consueto domicilio

DICHIARA che durante il periodo di assenza richiesto sarà reperibile:

città _____ cap. _____

Via _____ n. tel. _____

Con osservanza

Data

Firma del dipendente

(*) allegare certificazione medica

ANNOTAZIONI DEL CAPO DI ISTITUTO

VISTO:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Angela Amato

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 46 – 47 del T.U. approvato con D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto/a _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del succitato T.U. in caso di dichiarazione
mendace, al fine di fruire del congedo richiesto

dichiara che

➤ il/la bambino/a _____ per il/la quale si intende
richiedere il congedo per malattia è nato/a il _____ a

➤ l'altro genitore: nome _____ cognome _____ è:

Non occupato;

Lavoratore autonomo;

Lavoratore dipendente presso _____

E nel periodo dal _____ al _____ non si trova in
astensione dal lavoro per malattia del figlio e nel corrente anno di vita del/della
figlio/a ha già fruito per lo stesso motivo di giorni _____.

➤ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della L. 675/96 che i dati personali
raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del
procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ li _____

_____ firma per esteso e leggibile del dichiarante