

OGGETTO: **domanda di congedo per malattia del figlio compreso fra 2 e 3 anni entro il** (ai sensi dell'art. 4 del D.L.vo n. 151 del 26/03/01 e della Legge sui congedi parentali n. 53 dell'8 marzo 2000)

__l__ sottoscritt _____

- ☐ **DOCENTE** ☐ Infanzia ☐ Primaria
☐ 1° turno ☐ anticipo
☐ 2° turno ☐ posticipo
☐ **ATA** ☐ DSGA ☐ Assistente Amministrativo ☐ Collaboratore Scolastico

assunto a ☐ tempo indeterminato ☐ tempo determinato

in servizio presso codesto Istituto, nel Plesso _____

C H I E D E

di fruire di un periodo di congedo per malattia del __ figli__ _____
_____ per giorni ____ a decorrere dal _____ al _____

Come da documentazione acquisita agli atti di codesto Ufficio, fa presente che il figlio è di età inferiore a tre anni essendo nato il _____.

Allega alla presente la certificazione del medico curante che attesta la malattia del figlio.

San Severo, _____

FIRMA

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

(art. 4, L. 04/01/68 n. 15 – art. 3, comma 9, L. 15/05/97 n. 127 – D.P.R. 20/10/98 n. 403)

__l__ sottoscritt _____ attesta, sotto la propria responsabilità, che l'altro genitore _____

_____ non è in astensione dal lavoro nei medesimi giorni richiesti per lo stesso motivo.

San Severo, _____

FIRMA
