



AL DIRIGENTE SCOLASTICO
 Istituto Comprensivo "R. Uccella"
 S. Maria Capua Vetere (CE)

Oggetto: **CONGEDO PARENTALE PER MALATTIA DEL FIGLIO DA 0 AI 3 ANNI.**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____ il
 _____ C.F. _____, in servizio presso codesto Istituto in qualità di:
 Docente: presso la scuola dell'infanzia/primaria /secondaria plesso _____
 Personale ATA: D.S.G.A. Ass. Amm.vo Coll. Scol.
 essendo padre/madre del bambino/a _____ nato/a
 a _____ il _____ C.F. _____ di anni _____

COMUNICA

che intende assentarsi dal lavoro per malattia del figlio ai sensi dell'art. 12 del CCNL scuola vigente e ai sensi dell'art. 47 comma 2 del D.Lvo 151/2001

per il periodo dal _____ al _____ gg. _____

come da certificato di malattia rilasciato dal medico specialista del S.S.N. o con esso convenzionato, Dott./Dott.ssa _____

A tal fine DICHIARA, secondo quanto prescritto dall'art. 51 del Dlgs. N. 151/2001, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia per il caso di dichiarazione falsa o mendace e l'uso di atto falso, come previsto dall'art. 76 del citato D.P.R., che l'altro genitore _____ nato/a _____ il _____ C.F. _____

1) Non è in congedo dal lavoro per lo stesso motivo per il periodo indicato in quanto:

- non è lavoratore dipendente
- pur essendo lavoratore dipendente, presso _____, non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto

2) che sono stati utilizzati i seguenti periodi di congedo per la malattia del figlio

DAL	AL	GIORNI	DAL	AL	GIORNI

CONFERMA DEL CONIUGE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, conferma la dichiarazione del coniuge _____ e dichiara di non fruire, per il medesimo periodo, dell'assenza dal lavoro per congedo per malattia del/la figlio/a. Firma del coniuge _____

Data _____

Firma _____