



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

Oggetto: **CONGEDO PARENTALE PER MALATTIA DEL FIGLIO DI ETÀ COMPRESA FRA I 3 E GLI 14 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, 48, 49 e 50 del D.Lvo 151/2001 (età compresa fra i tre e quattordici anni),  
**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 \_\_\_\_\_