



ISTITUTO AUTONOMO COMPRENSIVO "R. UCCELLA"  
SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA DI PRIMO GRADO  
Via Lussemburgo, 1 – 81055 S. Maria C. V. (CE)  
Tel./fax 0823799213 – Distretto Scolastico n.16  
[ceic83700n@istruzione.it](mailto:ceic83700n@istruzione.it) [ceic83700n@pec.istruzione.it](mailto:ceic83700n@pec.istruzione.it)  
Codice scuola – CEIC83700N – CF. 80011810613



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 \_\_\_\_\_