

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale di Vigonza

**Oggetto: Domanda per usufruire del congedo per malattia del figlio
di età compresa tra i tre e gli otto anni**

(D.L.vo 151/2001 art. 47 c. 1, e art. 50 c. 2; CCNL 2007 art. 12 c. 5) (5 giorni per figlio non retribuiti)

Il/La sottoscritt_ _____, nat_ a _____
il _____ in servizio presso codesta scuola/istituto in qualità di _____,
essendo padre/madre del bambino _____ nato il ___/___/___, comunica che intende assentarsi dal
lavoro per malattia del figlio, ai sensi dell'art. 47 comma 2 del Dlgs. 26/03/2001 n. 151, quale genitore
del bambino _____ nato il _____ per il periodo dal ___/___/___
al ___/___/___, come da certificato di malattia rilasciato da un medico specialista del Servizio
sanitario nazionale o con esso convenzionato.

A tal fine, secondo quanto prescritto dall'art. 51 del Dlgs. N. 151/2001, dichiaro, ai sensi dell'art. 47 del
D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445, che l'altro genitore _____
nato a _____ il _____;

A. Non è in congedo negli stessi giorni e per lo stesso motivo, perché:

- Non è lavoratore dipendente;
- Pur essendo lavoratore dipendente presso *(indicare con esattezza il datore di lavoro dell'altro genitore e l'indirizzo della sede di servizio)* _____,
non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

_____, lì _____ _____
(FIRMA)

(Conferma dell'altro genitore, qualora egli sia lavoratore dipendente)

Il/La sottoscritt_ _____ ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. 28
dicembre 2000 n. 445, conferma la suddetta dichiarazione del ___ sig./sig.ra _____

Data e firma dell'altro genitore _____

Alla presente, si allega dichiarazione dell'altro coniuge.

Il Dirigente Scolastico - Reggente
Nadia VIDALE

AUTOCERTIFICAZIONE CONIUGE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____

Padre/madre del bambino/a (cognome e nome) _____

nato/a _____ il _____

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni di legge in caso di false dichiarazioni,

dichiara

- di non usufruire del medesimo periodo di assenza richiesto dall'altro genitore ovvero

dal _____ al _____

e

o di aver usufruito, nel corrente anno di vita del bimbo/a, dei seguenti periodi di assenza per malattia figlio/a

dal _____ al _____ per giorni _____

dal _____ al _____ per giorni _____

dal _____ al _____ per giorni _____

o di non aver fruito, nel corrente anno di vita del bimbo/a, di periodi di assenza per malattia del/della figlio/a suindicato/a

Data _____

Firma dichiarante