ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

ISTITUTO COMPRENSIVO

PIETRASANTA 2°

**OGGETTO**: Domanda per usufruire del congedo per malattia del figlio sino al compimento del terzo anno di vita.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesta scuola/istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, essendo padre / madre(1) del bambino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, comunica che intende assentarsi dal lavoro per malattia del figlio, ai sensi dell’art. 47 comma 1 del Dlgs. 26/03/2021 n. 151 ed art. 11 comma 6 del C.C.N.L del 15/03/2001, 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

1. Non è in congedo negli stessi giorni e per lo stesso motivo, perché(1):
2. Non è lavoratore dipendente;
3. Pur essendo lavoratore dipendente da (*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.
4. Che dalla nascita del bambino sono stati utilizzati i seguenti periodi di congedo per malattia del figlio:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| dal | al | Totale giorni |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(FIRMA)

•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••

(conferma dell’altro genitore, qualora egli sia lavoratore dipendente)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai sensi degli art. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, conferma la suddetta dichiarazione del\_\_\_ sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, controfirma ed indirizzo dell’altro genitore:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(!) Cancellare la voce che non interessa.