Al Dirigente Scolastico
I.C. "A.MORO" VALLO DELLA LUCANIA

Oggetto: Domanda congedo per malattia del figlio.

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a il _____
CF _____ a _____
prov. _____ e residente a _____
prov. _____in Via_____ n. _____
in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di _____
a tempo _____

CHIEDE

di usufruire, ai sensi dell'art. 47 comma 2 del D.Lgs. 151/2001, di un congedo non retribuito:

dal giorno _____ al giorno _____ (totale giorni _____)

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 dichiara:

- che il figlio/figlia_____ è nato/a a _____
  prov. _____ il _____;
- che l'altro genitore_____
  nato/a a_____ prov. _____il _____

dipendente dell'Ente/azienda _____

indirizzo ente/azienda _____ comune _____

tel. _____

☐ non ha usufruito dello stesso congedo per lo stesso giorno/periodo richiesto dal sottoscritto/a

☐ ha usufruito di num. _____ giorni di congedo spettanti per la malattia del figlio

- che l'altro genitore non usufruisce dello stesso congedo in quanto:

  ☐ pensionato ☐ lavoratore autonomo

  ☐ altro

Allega/allegherà:

- certificato rilasciato dal medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato.

Vallo della Lucania, _____ Firma _____