ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CICAGNA
Viale Italia 13 A - 16044 CICAGNA (GE)
Tel. 0185/92118
geic84300g@istruzione.it geic84300g@pec.istruzione.it
C.F. 90058010100 www.iccicagna.edu.it

OGGETTO: MODELLO DI CONGEDO PER MALATTIA DEL BAMBINO.

Io sottoscritto/a_____, nato/a a_____ il _____ in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di_____
con rapporto di lavoro a Tempo Indeterminato /Determinato

CHIEDE

Di usufruire, ai sensi dell art. 47 D.lgs n. 151/2001 e smi, di congedo retribuito/non retribuito per la malattia del figlio _____
nato il _____per il periodo dal _____ al _____(totale giorni _____), come da certificato di malattia che si allega.

DICHIARA

Che l'altro genitore _____
Nato/a a _____ il _____dipendente dell'ente/azienda_____

- Non ha usufruito dello stesso congedo per lo stesso giorno/periodo richiesto dal/la sottoscritto/a;
- Ha usufruito

A tal fine dichiaro, ai sensi dell'art. 4 della legge 04/01/1968 n. 15,:
- di aver già fruito di giorni…… per astensione per malattia del suddetto figlio;
- l'altro genitore ha già usufruito di gg…… per astensione per malattia del suddetto figlio;
- l'altro genitore, nello stesso periodo non è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo.

Data ..... Firma .....

(Conferma dell'altro genitore)

Io sottoscritto,....., ai sensi dell'art.4 della legge n. 15/1968, confermo la suddetta dichiarazione del Sig. .....

Data,_____ Firma_____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO Reggente
(Prof.ssa Foglia Felicita)