

	ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE IC PIOVE DI SACCO 2 Via Crociata, 68- 35028 Piove di Sacco (PD) C.F. 92258490280 tel. 049 9701167 e-mail: pdic89900g@istruzione.it PEC: pdic89900g@pec.istruzione.it www.ics2davila.it	
---	--	---

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: Domanda per usufruire del congedo per malattia del figlio età compresa fra i tre e gli otto anni.

Il/La sottoscritt _____, nat_ 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 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⁽¹⁾:

- ☐ 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 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, controfirma ed indirizzo dell'altro genitore.

⁽¹⁾ Cancellare la voce che non interessa .

VISTO: SI CONCEDE

IL D.S.G.A.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DATA _____
