CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO/A

PROT. N° _____/FP DEL ___/___/20____	DECRETO N°_____

Al DIRIGENTE SCOLASTICO
ISIS "PERTINI" di Afragola

Il/la sottoscritto/a_____ nato/a a _____ (___) il ___/___/19___ in servizio presso questo Istituto in qualità di _____a tempo _____, comunica alla S.V. che intende assentarsi dal lavoro per malattia del figlio/a ai sensi dell'art.47 DLgs. 26/03/2001 n° 151, quale genitore del bambino _____ di nato a _____ Prov. (____) il giorno ___/___/20___ , di anni _____, per il periodo :

dal___/___/20___ al ___/___/20___ per complessivi giorni _____

A tal fine, secondo quanto prescritto dall'art.51 del DLgs. n.151 dichiara ai sensi dell'art.47 del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445 , che l'altro genitore : _____nato a_____(____) il ____/____/19___,

A) NON È IN CONGEDO NEGLI STESSI GIORNI E PER LO STESSO MOTIVO PERCHÉ:

- **O Non è lavoratore dipendente**
- **O Pur essendo lavoratore dipendente da _____ non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto ***
- **O Non è titolare della podestà di genitore del bambino, essendo il/la sottoscritto/a l'unico/a affidatario/a.**

B) CHE NEL CORSO DELL'ANNO DI VITA DEL BAMBINO, SONO STATI UTILIZZATI I SEGUENTI PERIODI DI CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO :

DAL	AL	TOT.	DAL	AL	TOT.	DAL	AL	TOT
						Per Complessivi gg .____		

***CONFERMA DELL'ALTRO GENITORE, QUALORA EGLI SIA LAVORATORE DIPENDENTE:**
Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (___) il ___/____/19___ residennte a _____ (___) Via _____,___ ai sensi dell' art.47 del DPR 28/12/2000, CONFERMA LA SUDDETTA DICHIARAZIONE.

FIRMA _____

SI ALLEGA :_____

AFRAGOLA, ____/____/20____ FIRMA _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
(Prof. ssa MORMILE ADELE)