

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI FARRA DI SOLIGO**

Il/La sottoscritto/a

in servizio presso l' I. C. di Farra di Soligo, sede

in qualità di: DOC. INFANZIA DOC. PRIMARIA DOC. SECONDARIA

in qualità di: DSGA ASS. AMMINISTRATIVA COLL. SCOLASTICO

con contratto: a tempo determinato a tempo indeterminato

PADRE MADRE del **bambino/a**

nato a

il

comunica che si asterrà dal lavoro per malattia del figlio ai sensi dell'art. 47 D.Lgs. 26/03/2001 n.151

per il periodo

dal

al

per complessivi gg.

come da certificato di malattia rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato.

A tal fine, secondo quanto previsto dall'art. 51 del D.Lgs. 26/03/2001 n.151, dichiara, ai sensi dell'art 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, che l'altro genitore

nato a

il

➤ non è in congedo nel medesimo periodo e per lo stesso motivo perché:

non è titolare della potestà di genitore sul bambino, essendone io sottoscritto l'unico affidatario;

non è lavoratore dipendente;

pur essendo lavoratore dipendente presso

(indicare 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;

che in quest'ultimo anno di vita del bambino sono stati utilizzati i seguenti congedi per malattia del medesimo figlio:

TOTALE PERIODI USUFRUITI DAL PADRE

TOTALE PERIODI USUFRUITI DALLA MADRE

Data

firma

CONFERMA DELL'ALTRO GENITORE (qualora sia lavoratore dipendente)

Il/La sottoscritto/a

nat

Il ai sensi di quanto previsto dagli articoli 45 e 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, conferma le dichiarazioni del/la sig/ra

Data

firma

Spazio riservato all'Ufficio

ISTITUTO COMPRENSIVO di FARRA DI SOLIGO Via Brigata Mazzini, n° 72 - COL SAN MARTINO (TV)

VISTA la richiesta di cui sopra

SI CONCEDE QUANTO RICHIESTO

(con assegni al %)

Data

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Annalisa Miani