

OGGETTO: RICHIESTA DI CONGEDO PARENTALE PER MALATTIA DEL FIGLIO
(D.L. 26/03/2001, n. 151- ART. 47)

Il/La sottoscritto/a nato/a a il
....., in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di
..... con contratto di lavoro a tempo
indeterminato/determinato, ai sensi dell'art. 47 del decreto legislativo 26 marzo 2001 - n. 151

Comunica che

si asterrà dal lavoro per malattia del.... figli..... (nat..... a
..... il) dalal (giorni)

come da certificato medico allegato (*rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con
esso convenzionato*).

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000-n. 445

che l'altro genitore nato a il

- NON E' LAVORATORE NON E' LAVORATORE DIPENDENTE
 E' LAVORATORE DIPENDENTE PRESSO (indicare con esattezza la sede di servizio o Ditta e l'indirizzo)

-
- NEGLI STESSI GIORNI **NON E'** IN ASTENSIONE DAL LAVORO PER MALATTIA DEL FIGLIO
 NEL CORRENTE ANNO DI VITA DEL FIGLIO HA GIA' FRUITO DEI SEGUENTI PERIODI DI
ASTENSIONE DAL LAVORO PER MALATTIA DEL FIGLIO:

-
- CONFERMA DELL'ALTRO GENITORE (data-firma-indirizzo del genitore)**

....., li
(luogo) (data)

.....
(firma)

Indirizzo della richiedente durante la malattia del figlio:
