



UNESCO Associated Schools



Istituto di Istruzione Secondaria Superiore
"Alessandro Greppi"

Via dei Mille 27 – 23876 Monticello B.za (LC)
www.issgreppi.gov.it

Al Dirigente Scolastico

CONGEDO PER MALATTIA FIGLIO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

In servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di _____
Con contratto di lavoro a tempo **indeterminato/determinato**,

COMUNICA

Ai sensi dell'art. 47 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151,

CHE

Si asterrà dal lavoro per MALATTIA del/della figlio/a dal _____ al _____ gg _____ come da certificato di malattia rilasciato da _____

-Ai sensi dell'art.4 della legge 4 gennaio 1968 n.15 e dell'art.47 del DPR 28.12.2000 n. 445;
-Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.26, del DPR 445 del 28.12.2000

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

il/la figlio/a _____ è nato/a a _____ il _____;

di NON aver ancora usufruito del medesimo congedo

di AVER usufruito del medesimo congedo:

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

che l'altro genitore _____ nato a _____ il _____
lavoratore dipendente c/o _____

che nello stesso periodo NON trovasi in astensione dal lavoro per malattia del figlio

che l'altro genitore NON è LAVORATORE DIPENDENTE.

Data _____ Firma _____

(conferma dell'altro genitore)

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

Data _____ Firma _____

Eventuali comunicazioni potranno essere effettuate al seguente indirizzo e telefono:

MOD RIS 09.06 REV 00 01-04-2017

Tel. 039.9205108 / 039.9205701 – Fax. 039.9206861 - Codice Fiscale:94003140137

Posta elettronica ordinaria: lcis007008@istruzione.it - Posta elettronica certificata: lcis007008@pec.istruzione.it

Pag. 1 a 1