

**Oggetto: richiesta di congedo per malattia del figlio (3-8 anni / NON retribuito)**

Il / La sottoscritto / a \_\_\_\_\_

nato / a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

in servizio presso codesta Istituzione scolastica con qualifica di \_\_\_\_\_

con contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato / determinato nel plesso  
di \_\_\_\_\_,

COMUNICA

che, ai sensi dell'art 12 del CCNL 29.11.2007 e dell'art. 47 del D.Lgs n. 151 del 26 marzo 2001, si asterrà dal lavoro

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ (per complessivi giorni \_\_\_\_\_ )

per malattia del/della proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il / La sottoscritto / a dichiara, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che

l'altro genitore, sig./ sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ nello stesso periodo

non si trova in astensione dal lavoro per malattia del / della bambino / a.

Allega certificato medico comprovante la malattia del / della figlio / a.

Neive, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- trattamento economico spettante :  
5 gg per a.s. : 0%