

**Dichiarazione di NON fruizione del congedo per malattia del figlio**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo di Montà

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

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

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

in via \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_ con la qualifica di

\_\_\_\_\_ con contratto a tempo indeterminato / determinato

**DICHIARA**

Di **NON** usufruire del congedo per malattia del proprio figlio / a nel periodo

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Alba, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_