I S T I T U T O C O M P R E N S I V O ‘ *G. M A R C O N I* ’
Via Guglielmo Marconi, 1
41013 Castelfranco Emilia - Mo
Tel 059 926254 - fax 059 926148 email: MOIC825001@istruzione.it
http://www.scuolemarconi.it/

Al Dirigente Scolastico
dell’I. C. ‘G. Marconi’
di Castelfranco E. (MO)

Oggetto: congedo parentale per malattia figlio da 0 a 3 anni
(*gg. 30 interi per ogni anno di vita del bambino)*

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____ il _____, in servizio presso l’Istituto Comprensivo ‘G. Marconi’ di Castelfranco Emilia (MO), in qualità di _____ con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato**,** comunica, ai sensi della Legge n. 53/2000 , del comma 1, dell’art. 47 del D.lgs. n. 151/2001, e dall’art. 12, comma 5 del C.C.N.L. 2006/2009, che si asterrà dal lavoro per malattia del __ figli _ _____nato a _____ il _____ dal _____ al _____ per complessivi gg. _____ .

A tal fine dichiara, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, che l’altro genitore _____ nato a _____ il _____, nello stesso periodo non si trova in astensione dal lavoro per malattia del bambino.

Allega certificato medico

Il/La sottoscritto/a comunica, altresì, che durante il predetto periodo dimorerà al seguente indirizzo: _____ telefono _____.

Castelfranco lì, _____

_____
(firma)

Conferma dell’altro genitore:
Io sottoscritto _____, ai sensi degli artt 45 e 46 del DPR 445, 2000, confermo la dichiarazione di _____

Data _____ Controfirma_____