**RICHIESTA CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO**

Alla Dirigente Scolastica

Istituto Comprensivo “S. Pertini”

 Capannoli

Il/la sottoscritto/a……………………..………………………………………………………………………. nat.. a …………….…..……………………………………………….…………..…, il ……………………………….……..…,

in servizio presso questo Istituto con la qualifica di ………………….……………………………, con contratto di lavoro a tempo **indeterminato/determinato**, comunica che, ai sensi dell’art. 47 congedi parentali del decreto legislativo 26 marzo 2001, n.151, si asterrà dal lavoro per malattia del.. figli……………………………………………………………………..

nat… a ……………………………………….……………………………………….. il …………………………….……, dal …………………………..……… al………………………………………………………… (giorni ……………..).

Il/la sottoscritt... dichiara, ai sensi dell’art.46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, che l’altro genitore ………………………………………………………………………………………………… nat.. a …………………………………………….…………………. il ………………………………………, nello stesso periodo non trovasi in astensione dal lavoro per malattia del bambino.

Allega certificato di malattia rilasciato da …………………………………………………..………………

………………………………………………………………………………………………………………………………….(\*)

Il/la sottoscritt… comunica, altresì, che durante il predetto periodo risiederà al seguente indirizzo:………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefono: …………………………………………….………………………….

Data………………………………………..

FIRMA

…………………………..………………………………..

*(\*) Il certificato deve essere rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato.*