

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
Dell'Istituto Comprensivo  
Del Chiese Don Lorenzo Milani – Storo

**OGGETTO: congedo per malattia del bambino/a**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso la SP/SSPG di \_\_\_\_\_ con contratto a tempo:

determinato       indeterminato

**CHIEDE**

Congedo per malattia del bambino di età **NON** superiore agli 8 anni dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per il/la figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (art.51, c.8, ccpl 2002/2005)

Si allega certificato medico.

- Sino al compimento del 1° anno di vita del bambino: assenza retribuita in alternativa al godimento dei primi 30 giorni di congedo parentale. Non retribuita, per max 30 gg., se usufruito del congedo parentale
- Da 1 a 3 anni: assenza retribuita nel limite di 30 giorni annui, computati complessivamente per entrambi i genitori
- Da 3 a 8 anni: assenza non retribuita nel limite di 10 giorni annui, con copertura degli oneri previdenziali

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

(art.46 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n.445)

**consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445/2000**

**DICHIARA**

1. in qualità di genitore richiedente che in data \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ è nato/a il figlio/la figlia \_\_\_\_\_
2. che l'altro genitore \_\_\_\_\_ (cognome e nome)  
 dipendente presso \_\_\_\_\_  
 lavoratore autonomo  professionista  senza occupazione  
 ha usufruito a tutt'oggi di n. \_\_\_\_\_ giorni di assenza per malattia del bambino e che non è assente per lo stesso motivo nel periodo \_\_\_\_\_

Allega certificato medico

Data, \_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

SI CONCEDE  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
*Prof. Romeo Collini*