

CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO

Al Dirigente Scolastico
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO N. 19
Bologna

Il / La sottoscritto /a _____, nato/a _____

il _____, in servizio presso questa scuola con la qualifica di _____

con contratto a tempo indeterminato/determinato, comunica ai sensi dell'art. 47 del decreto

legislativo 26 marzo 2001, n.151, si asterrà dal lavoro per malattia del_____

figlio/a _____ (giorni _____)

Il / La sottoscritto /a dichiara, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che l'altro genitore _____ nato/a a _____

il _____ nello stesso periodo non trovarsi in astensione dal lavoro per malattia del bambino.

Allega certificazione di malattia rilasciato da _____

Il / La sottoscritto /a comunica, altresì, che durante il predetto periodo risiederà in:

Indirizzo _____

Località _____

Bologna, ____/____/____

Firma
