

Al Dirigente Scolastico  
i.c. Ostra

## CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI ESSERE DIPENDENTE CON RAPPORTO DI LAVORO:**

☐ TEMPO INDETERMINATO; ☐ TEMPO DETERMINATO; ☐ TEMPO PIENO; ☐ TEMPO PARZIALE

Chiede di potersi assentare dal servizio per la malattia del/della figlio/a \_\_\_\_\_  
nat \_ il \_\_\_\_\_, come da certificato medico allegato.

### PERIODO

GG.  DAL    AL

**CHIEDE INOLTRE, CHE TALE ASSENZA VENGA CONSIDERATA COME:**

- ☐ **PERMESSO RETRIBUITO** (nel limite di 30 gg. Annuì figlio fino ai 3 anni di età ).  
☐ **PERMESSO NON RETRIBUITO** (nel limite di 10 gg. Annuì figlio dai 3 ai 14 anni di età).

Dichiara sotto la propria responsabilità che nel corrente anno di vita del figlio: (dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000), come modificato dall'art. 15 L. 183 2011)

- ☐ **NON HA USUFRUITO** DI CONGEDO PER MALATTIA DEL/DELLA FIGLIO/A .  
☐ **HA USUFRUITO** DI GIORNI \_\_\_\_\_ DI CONGEDO PER MALATTIA DEL/LLA FIGLIO/A.  
☐ CHE IL PROPRIO CONIUGE \_\_\_\_\_ IN SERVIZIO  
C/O \_\_\_\_\_ CON SEDE IN \_\_\_\_\_ IN  
QUALITA' DI \_\_\_\_\_, **NON SI ASSENTA** DAL LAVORO NELLO STESSO PERIODO  
E CHE:  
☐ **NON HA USUFRUITO** ☐ **HA USUFRUITO** DI GG. \_\_\_\_\_ DI PERMESSO RETRIBUITO PER MALATTIA DEL/DELLA FIGLIO/A .;  
☐ **NON HA DIRITTO AD USUFRUIRE DEL BENEFICIO;**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_