***Al Dirigente Scolastico IC “L. DENZA”***

 **C/MARE DI STABIA**

OGGETTO: Domanda per usufruire del congedo per malattia del figlio sino al compimento del terzo anno di vita.

Il/La sottoscritt\_ , nat\_ a

il in servizio presso codesta scuola/istituto in qualità di

 , comunica che intende assentarsi dal lavoro per malattia del figlio, ai sensi dell‘art. 47 comma 1 del Dlgs. 26/03/2001 n. 151 ed art. 11 comma 6 del C.C.N.L. del 15/03/2001, quale genitore del bambino nato il per giorni\_\_\_\_\_\_\_ dal / / al / / , come da certificato di malattia rilasciato da un medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato.

A tal fine, secondo quanto prescritto dall‘art. 51 del Dlgs. N. 151/2001, dichiaro, ai sensi dell‘art. 47 del

D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445, che l‘altro genitore nato a il ;

1. Non è in congedo negli stessi giorni e per lo stesso motivo, perché(1):

□□ Non è lavoratore dipendente;

□□ Pur essendo lavoratore dipendente presso *(indicare con esattezza il datore di lavoro dell‘altro genitore e l‘indirizzo della sede di servizio) ,* non intende usufruire dell‘assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

1. Che dalla nascita del bambino sono stati utilizzati i seguenti periodi di congedo per malattia del figlio;
2. Di essere unico genitore affidatario del minore

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| madre/padre | dal | al | Totale giorni |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 , lì

(FIRMA)



*(Conferma dell‘altro genitore, qualora egli sia lavoratore dipendente)*

Il sottoscritt\_ ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, conferma la suddetta dichiarazione del sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_controfirma ed indirizzo dell‘altro genitore.*