

CONGEDO PARENTALE per MALATTIA BAMBINO

Al Dirigente Scolastico dell' I.I.S. "CARAVAGGIO" – Viale C.T.Odescalchi 75 - ROMA

Il/la sottoscritto/a :

DATI ANAGRAFICI - indicare solo i dati indispensabili

(cognome)
(nome)

In servizio nel corrente anno scolastico presso codesto istituto in qualità di:

QUALIFICA DOCENTE A.T.A.

CONTRATTO Tempo INDETERMINATO Tempo DETERMINATO

Comunica che intende assentarsi :

dal **al** **per totale giorni :**

Per MALATTIA del/della FIGLIO/A
(indicare i dati anagrafici →)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
(cognome)	(nome)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(luogo di nascita)	(data di nascita)

Ai sensi dell'art.7 della L.1204/1971, come integrato e modificato dalla L.53/2000

A tal fine dichiaro, ai sensi dell'art.4 della L.15/1968, che l'altro genitore:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(cognome)	(nome)	(luogo di nascita)	(data di nascita)

Nello stesso periodo NON è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo perché :

NON E' LAVORATORE DIPENDENTE

NON INTENDE AVVALERSI PER LO STESSO PERIODO DELLO STESSO CONGEDO PUR ESSENDO LAVORATORE DIPENDENTE presso (indicare sede e recapito di lavoro) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>
(datore di lavoro)	(sede di servizio)

DOMICILIO - solo se diverso da quello abituale comunicato all'ufficio

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(indirizzo)	(comune)	(prov.)	(CAP)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(recapiti telefonici)			

Allegati : CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LA MALATTIA del__ Figli__

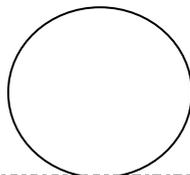
Data : _____ **Firma** : _____

Conferma dell'altro genitore :

Il/La Sottoscritto/a :, ai sensi dell'art.4 della L.15/1968, confermo la suddetta dichiarazione del/della Sig..... :

Data : _____ **Firma** : _____

Visto :



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Favio De Carolis

Riservato alla segreteria :

n. Protocollo **data** **Note**