

**OGGETTO: CONGEDO MALATTIA FIGLIO.**

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto nella sede di :  Grugliasco  Collegno, in qualità  
di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo:

Indeterminato  Determinato(30/6)  Determinato(31/8)  breve/saltuario  
trovandosi nelle condizioni previste dalla normativa vigente,

**CHIEDE**

un congedo per la malattia del figlio/a:

- di età non superiore a tre anni (30 gg. per ogni anno con retribuzione intera)
- di età compresa fra tre e otto anni (5 gg. per ogni anno senza retribuzione)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi giorni: \_\_\_\_\_

A tal fine fa presente che il bambino/a è nato/a il \_\_\_\_\_

Inoltre la sottoscritta dichiara che l'altro genitore \_\_\_\_\_

nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ non si trova in astensione dal  
lavoro per malattia del bambino durante il periodo suddetto.

**ALLEGA Certificato medico del pediatra.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

=====

Visto  
Il Dirigente Scolastico  
Prof. Gian Michele CAVALLO

