

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