

**DOMANDA DI CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO**

**(fino a 3 anni /8 anni)**

**D.lgs 26 marzo 2001 n. 151 , arrt. 47 – 52**

**art. 12 , c. 5, del CCNL 23 Luglio 2003**

Padova, \_\_\_\_\_

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dell' I.T.S.C.T. "L. EINAUDI"**

Il/La sottoscritto/a.....nato/a .....

il.....in servizio presso .....in qualità di.....

**CHIEDE**

di fruire di n.....giorni di congedo dal.....per malattia del figlio di età .....  
anni, come da documentazione agli atti di codesta scuola.

Allega:

1. certificato medico attestante malattia del figlio;
2. dichiarazione di rinuncia del coniuge a fruire del medesimo beneficio, vistata dal datore di lavoro.

Con osservanza.

Firma:

\_\_\_\_\_

visto: \_\_\_\_\_ si concede

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Amalia Mambella**

\_\_\_\_\_

A tal fine dichiaro:

• che l'altro genitore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

non è lavoratore dipendente;

è lavoratore dipendente da \_\_\_\_\_

che non usufruisce del congedo per malattia del figlio per il periodo sopra indicato.

Padova, .....

*Firma*

.....

Conferma dell'altro genitore:

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

Padova, .....

*Firma*

.....