

***Ministero dell’Istruzione e del Merito***

***Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio***

**Istituto Comprensivo “Dionigio Romeo CHIODI”**

**Via Appiano, 15 – 00136 Roma – Tel./Fax: 06/39736694**

e-mail:**rmic8bq008@**i**struzione.it -** sito web: **www.ic-chiodi.it**

PEC: **rmic8bq008@pec.istruzione.it**

Al Dirigente Scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oggetto: Congedo per malattia del-della figlio/a.**

Il/la \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di docente con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato di scuola dell’infanzia/primaria/secondaria/primo grado/secondo grado,essendo madre/padre del \_\_ bambin\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , comunica che intende assentarsi dal lavoro per malattia del/lla figlio/a, ai sensi dell’art. 47 del Dlgs. 26/3/2001 n. 151, per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (gg.\_\_\_ ) 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, dichiara, ai sensi dell’art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, che l’altro genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

A) non è in congedo negli stessi giorni e per lo stesso motivo, perché:

□ non è titolare della potestà di genitore del bambino, essendone il sottoscritto l’unico affidatario;

□ non è lavoratore dipendente;

□ pur essendo lavoratore dipendente presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, non intende usufruire dell’assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

B) che dalla nascita del bambino sono stati utilizzati i seguenti periodi di congedo per malattia del figlio, ai sensi dell’art. 47 del Dlgs. 26/3/2001 n. 151:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data…………… Firma..................…………………

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

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , ai sensi degli artt. 45 e 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, confermo la suddetta dichiarazione del sig \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data…………………………… Firma................………………………….