

CONGEDO NON RETRIBUITO PER MALATTIA DEL FIGLIO DI ETA' COMPRESA FRA I TRE E GLI OTTO ANNI

(possono usufruirne entrambi i genitori **alternativamente** per un limite massimo di 5 giorni annui ciascuno)

COGNOME _____ NOME _____ MATR. _____

C.F. _____ IN SERVIZIO PRESSO _____

QUALIFICA _____ TEL. _____ TEL.INTERNO _____

DICHIARA DI ESSERE DIPENDENTE CON RAPPORTO DI LAVORO:

TEMPO INDETERMINATO; TEMPO DETERMINATO; TEMPO PIENO; TEMPO PARZIALE

Chiede di potersi assentare dal servizio per la malattia del/della figlio/a _____ nat _____
il _____, CF _____ come da certificato medico allegato

PERIODO

GG. DAL AL

Dichiara sotto la propria responsabilità che nel corrente anno di vita del figlio: (dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000), come modificato dall'art. 15 L. 183 2011) :

- NON HA USUFRUITO** DI CONGEDO PER LA MALATTIA DEL/DELLA FIGLIO/A ;
- HA USUFRUITO** DI GIORNI _____ DI CONGEDO PER LA MALATTIA DEL/DELLA FIGLIO/A ;
- IL PROPRIO CONIUGE _____ IN SERVIZIO C/O _____
_____ IN QUALITA' DI _____, NON USUFRUISCE DI TALE CONGEDO NELLO STESSO PERIODO.
- NON HA USUFRUITO/HA USUFRUITO** DI GG. _____ DI PERMESSO RETRIBUITO PER MALATTIA DEL/DELLA FIGLIO/A;
- NON HA DIRITTO AD USUFRUIRE DEL BENEFICIO.**

Data, _____

Firma _____

RISERVATO AL SERVIZIO DI APPARTENENZA

SI PRENDE ATTO DELL'ASSENZA

Visto in data _____

Nulla osta **Non si autorizza**

IL COORDINATORE

IL DIRIGENTE/ IL RESPONSABILE ¹

¹ Area/Disciplina/Servizio/Centro

Allegati _____