

CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO FINO AL TERZO ANNO DI ETA'

(possono usufruirne entrambi i genitori **alternativamente** per un massimo retribuibile di gg. 30 annui complessivi)

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

CHIEDE INOLTRE, CHE TALE ASSENZA VENGA CONSIDERATA COME:

- PERMESSO RETRIBUITO** (nel limite di 30 gg. annui).
 PERMESSO NON RETRIBUITO (nel caso si superi il limite dei 30 gg. annui e per i dipendenti a tempo determinato).

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 MALATTIA DEL/DELLA FIGLIO/A .
 HA USUFRUITO DI GIORNI _____ DI CONGEDO PER MALATTIA DEL/LLA FIGLIO/A.
 CHE IL PROPRIO CONIUGE _____ IN SERVIZIO
C/O _____ CON SEDE IN _____ IN
QUALITA' DI _____, NON SI ASSENTA DAL LAVORO NELLO STESSO PERIODO
E CHE:
 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 _____

IL COORDINATORE _____

IL DIRIGENTE/ IL RESPONSABILE _____

Allegati _____