

Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo "G. LEOPARDI"

C.F.: 90082020638 - Cod. Mecc.: NAIC8FY007

Via Cavour, 26 - 80058 Torre Annunziata (NA)

Tel: 081 8615253

E-mail: naic8fy007@istruzione.it P.E.C.: naic8fy007@pec.istruzione.it

Oggetto: Domanda congedo per malattia del figlio.

Al Dirigente scolastico
ISTITUTO COMPrensIVO
"LEOPARDI-PARINI-
ROVIGLIANO"

Io sottoscritta CARMELA VITO nata il 21/01/1965 a BOSCOTRECASE prov. Napoli e residente in , - () in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di

a tempo

CHIEDE

di usufruire, ai sensi dell'art. 47 comma 2 del D.Lgs. 151/2001 e dell'art. 12 comma 5 del CCNL 2007, di un congedo

Retribuito Non retribuito

dal giorno al giorno

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sottoscritto,

DICHIARA

che (figlio/a) è nato/a a

il ;

(selezionare se altro genitore è dipendente altrimenti lasciare i campi sottostanti non compilati)

che l'altro genitore è nato/a a
 il ;
dipendente dell'Ente/azienda
indirizzo ente/azienda comune
 telefono

- non ha usufruito dello stesso congedo per lo stesso giorno/periodo richiesto dal sottoscritto
 ha usufruito di num. giorni di congedo spettanti per la malattia del figlio

(selezionare se l'altro genitore NON è dipendente altrimenti lasciare i campi sottostanti non compilati)

che l'altro genitore non usufruisce dello stesso congedo in quanto:

pensionato lavoratore autonomo

altro

ALLEGA:

- certificato rilasciato dal medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato;
- copia del documento di identità.

Distinti saluti.

Data

Documento firmato elettronicamente
CARMELA VITO