



"BERENINI" FIDENZA (PR)

Spett. Dirigente Scolastico
I.T.I.S. "A. BERENINI"

Oggetto: CONGEDO PARENTALE non retribuito per malattia del bambino da 3 a 8 anni di vita ai sensi della L.1204 art. 7, della L.53/2000. art.3 e del Testo Unico – D.L. 26/3/2001, n. 151.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ in

servizio presso questo Istituto in qualità di _____ con contratto a tempo INDETERMINATO/DETERMINATO,

comunica

di astenersi dal lavoro per malattia del/la bambino/a _____ ai sensi dell'art. 7 L. 1204/71, dell'art.3 commi 4-5 della L.53 del 08/03/2000 e dell'art. 47 del T. U. – D.L. 26/3/2001 n. 151, successive modificazioni ed integrazioni, ed in applicazione dell'art. 12 del CCNL 29/11/2007,

per il periodo: dal ___/___/___ al ___/___/___ (m. ___ gg. ___).

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

1. che il/la proprio/a figlio/a _____ è nato/a a _____ il ___/___/___ ed è tuttora vivente.

2. che l'altro genitore _____ nato/a a _____ il ___/___/___



non è lavoratore dipendente: _____

(eventuale attività svolta)



è lavoratore **dipendente** c/o: _____

(indicare con esattezza ed in modo leggibile il datore di lavoro dell'altro genitore e l'indirizzo della sede di servizio)

e che, nel periodo sopra indicato non intende usufruire dell'astensione dal lavoro per lo stesso motivo

Si allega certificato medico rilasciato da : _____.

Fidenza, ___/___/___

firma _____

VISTO: si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Rita Montesissa