

Istituto Comprensivo "T. Anardi"

Via P.Melchiade, 7 – 84018 SCAFATI (SA)
Cod. Fisc. 80027780651 – Cod. Scuola SAIC88300Q
tel./fax 081/8631797

e-mail: saic88300q@istruzione.it

pec: saic88300q@pec.istruzione.it

SitoWeb: www.istitutoanardi.gov.it

..... I sottoscritt , nat
il a , in servizio
presso codesta scuola in qualità di , essendo
padre/madre del bambin. ... nat... a
il , comunica che intende assentarsi dal lavoro per malattia del figlio,
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
.....

- 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 e che a tutt'oggi ha usufruito di
gg.
- che dalla nascita al 1° anno/dal 1° al 2°anno/dal 2° al 3° anno (*cancellare gli anni non interessati
all'assenza*) del bambino sono stati utilizzati i seguenti periodi di congedo per
malattia del figlio: gg.

Data.....

Firma.....

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

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

Data... ..

Firma.....

...I ... sottoscritt... autorizza l'Amministrazione scolastica, con riferimento al "Codice in materia di
protezione dei dati personali", di cui al D.L.30/06/2003 n. 196, ad utilizzare i dati personali forniti dal
richiedente solo ai fini istituzionali e per l'espletamento delle procedure previste dal presente decreto.

Scafati, _____
Per il personale ATA
Visto il DSGA

Firma _____

Visto
Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Debora Minghelli

Prot.n. _____ /fp

del _____