

Istituto Comprensivo
"GINO ROSSI VAIRO" Agropoli (SA)
Prot. _____ / _____
Del ____ / ____ / 20__

**Al Dirigente Scolastico
I.C. "Gino Rossi Vairo"
Agropoli (SA)**

OGGETTO: domanda di congedo per malattia dei figli.

I sottoscritt_ _____ nat_ il _____ a _____ ,
in servizio presso codest_ istituto, in qualità di DOCENTE / A.T.A. con
contratto di lavoro a tempo indeterminato determinato

COMUNICA

ai sensi dell'art.47 del D.lgs. n.151/2001, che si asterrà dal lavoro per malattia
de_figli_ _____, nat_ a _____ il _____,
dal _____ al _____ (giorni _____).

I sottoscritt_ dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445 del
28/12/2000 modificato e integrato dall'art.15 della legge n.3/2003 che l'altro
genitore _____, nat_ _____ il _____ ,

nello stesso periodo non si trova in astensione dal lavoro per malattia del
bambino. Allega certificato di malattia
Chiede che eventuali comunicazioni vengano effettuate al seguente

indirizzo: _____ telefono: _____

Agropoli,

Firma

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata

- si riconosce quanto richiesto
- non si riconosce quanto richiesto

**Il Dirigente Scolastico
prof. Bruno Bonfrisco**