

CENTRO PROVINCIALE PER L'ISTRUZIONE DEGLI ADULTI

VIA NEGRI, 45 – 29121 PIACENZA - tel. 0523-1734618 - e-mail: pcmm048005@istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Del C.P.I.A. – Piacenza

Oggetto: **Richiesta di congedo per malattia del bambino**

Il/la sottoscritt_____ nat___ a _____ il _____, in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di _____ con contratto a tempo indeterminato/determinato, madre/padre di _____ nat___ il _____,

CHIEDE

ai sensi dell'art. 47 T.U. n. 151/2001, di essere collocat___ in congedo per malattia del bambino, con decorrenza dal _____ al _____ (totale giorni _____) come da allegato certificato medico di malattia rilasciato da un medico specialista del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.47 del T.U. n. 445/2000 che l'altro genitore _____, non è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo nello stesso periodo, in quanto:

- Il/la sottoscritt___ è l'unic__ affidatari__;
- non è lavoratore/lavoratrice dipendente;
- è lavoratore/lavoratrice dipendente presso _____, ma non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il suddetto motivo.

Data _____

Firma _____

Recapito: _____