

**MODULO RICHIESTA CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO0 - 3 ANNI**

Al Dirigente scolastico dell'Istituto  
Comprensivo Statale "Sandro Penna"

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_; in servizio presso \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

- Con contratto a tempo: determinato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Con contratto a tempo indeterminato
- Part-time
- Full time

genitore del bambino \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

Che, causa malattia del bambino, rimarrà assente dal lavoro per complessivi giorni \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, come da certificato medico allegato.

**E DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 , e di quanto previsto dagli artt. 71 e 75, a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione

che l'altro genitore \_\_\_\_\_ nello stesso periodo non è in astensione dal servizio per lo stesso motivo, in quanto:

- Non è lavoratore dipendente;
- Pur essendo lavoratore dipendente presso la Ditta/Ente \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto; e che lo stesso, durante l'attuale anno di vita del bambino (\*):

- Ha già fruito di permessi retribuiti per malattia del figlio per complessivi giorni.....;
- Non ha fruito di alcun giorno di permesso retribuito per malattia del bambino.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che l'Amministrazione provvederà ai sensi dell'Art. 71 del DPRn. 445 del 28.12.2000, ad effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Dichiaro di autorizzare il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR – Regolamento UE 2016/679 Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**(Conferma dell'altro genitore)**

Io sottoscritto, \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art.4 della legge n. 15/1968, confermo la suddetta dichiarazione del Sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ , li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
**Prof.ssa Maria Rosaria Ippolito**