

OGGETTO: domanda di astensione dal lavoro per malattia del figlio/a

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

domiciliato/a in _____ Via _____ n° _____

telefono _____, in servizio presso l'Istituto Comprensivo di Podenzano,

Scuola _____ in qualità di _____

con contratto di lavoro **a tempo determinato**

COMUNICA

in applicazione del comma 4, dell'art.7, della Legge 30/12/1971, n° 1204, come sostituito dall'art. 3 della legge 08/03/2000, n° 53, del Decreto Legislativo n°151 del 26/03/2001, art. 47, ai sensi dell'art.19, comma 14 e dell'art. 12 del C.C.N.L. 29/11/2007, che si asterrà dal lavoro per malattia del proprio/a

figlio/a _____ nato/a _____ il _____,

dal _____ al _____ =gg. _____

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi dell'art.4 della Legge 4 gennaio 1968, n°15, che l'altro genitore

_____ -nato/a _____ il _____,

nello stesso periodo non si trova in astensione dal lavoro per malattia del bambino/a.

*Dichiara inoltre, che a decorrere dal _____ (data di compimento del _____ anno di vita del figlio/a, alla data odierna, **l'altro genitore** ha già fruito di n° _____ gg. di congedo per malattia del figlio/a.*

Dichiara che a decorrere dal _____ (data di compimento del _____ anno di vita del figlio/a, alla data odierna, di aver già fruito di n° giorni _____ di congedo per malattia del figlio/a.

Allega alla presente certificato di malattia rilasciato dal Dott. _____

Il/la sottoscritto/a comunica altresì, che durante il predetto periodo dimorerà al seguente indirizzo:

_____ telefono _____

_____ lì _____

Firma