



LICEO LINGUISTICO STATALE "ILARIA ALPI"

CENTRALE: P.ZZA ALDO MORO, 76 - 47521 CESENA (FC) Tel. 0547.21256
SEDE DISTACCATA: P.ZZA SANGUINETTI, 44 - 47521 CESENA (FC) Tel. 0547.29306
fopm05000n@istruzione.it fopm05000n@pec.istruzione.it
Cod. Mecc. FOPM05000N - C.F. 90067890401

WWW.LICEOALPI.EDU.IT

Al Dirigente Scolastico
Liceo Linguistico Statale - Cesena

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il _____. in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

COMUNICA

Che si asterrà dal lavoro per:

- Astensione dal lavoro per malattia del bambino di età inferiore ai 3 (tre) anni (30 gg. per ogni anno di vita del bambino al 100%, senza limite allo 0%)**
- Astensione dal lavoro per malattia del bambino (dai 3 agli 8 anni max 5 gg. all'anno 0%)**
(art. 7, comma 4, L. 1204/71, come sostituito dall'art. 3, comma 2 della Legge 8 marzo 2000, n° 53)

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA:

- che il/la bambino/a _____ è nato/a il _____;
- di aver già usufruito di n. _____ giorni nel ____ anno di vita del bambino.
- che l'altro genitore _____, nato a _____,
il _____, nello stesso periodo non trovasi in astensione dal lavoro per malattia del bambino;
- che l'altro genitore, ad oggi, ha già usufruito di n. ____ giorni nel _____ anno di vita del bambino.

Si allega: **certificato di malattia del bambino**

Firma

Cesena, _____

Liceo Linguistico Statale Cesena

- Cesena -

VISTA l'istanza di cui sopra, si prende atto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Francesco Postiglione

¹ Il diritto di astenersi dal lavoro per malattia del bambino, spetta **alternativamente** ai genitori:

- fino a 3 anni di vita del bambino: 30 gg. (per ogni anno di vita del bambino) con intera retribuzione. Non ci sono limiti per ulteriori giorni che, comunque, sono senza retribuzione.
- dai 3 agli 8 anni, nel limite di 5 giorni lavorativi all'anno per ciascun genitore senza alcuna retribuzione.

ALLEGATO - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 DPR 445/2000)

OGGETTO: DICHIARAZIONE DEL CONIUGE

(da allegare alla richiesta di malattia del/la figlio/a).

Il/La sottoscritt_ _____

, nat_ a _____ (____) il _____

residente a _____ Via _____

n. _____

coniuge di _____ e genitore del/la

bambino/a _____ nato/a il _____ a

_____ (____)

ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole che la dichiarazione mendace è penalmente sanzionata ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000

DICHIARA

di non essere lavoratore dipendente di essere lavoratore dipendente presso:

- di non usufruire, per il periodo dal _____ al _____, del diritto di astenersi dal lavoro in relazione alla malattia del/la figlio/a sopraindicato/a;

- di non aver precedentemente usufruito di malattia per il/la figlio/a sopraindicato/a;

- di aver usufruito dello stesso tipo di congedo nei seguenti periodi:

dal _____ al _____; dal _____ al _____

dal _____ al _____; dal _____ al _____

dal _____ al _____; dal _____ al _____

Luogo e data
_____, _____

Firma del dichiarante

C:\Users\liceolinguistico2\Desktop\modulistica nuova\Congedo per malattia figlio + dichiarazione altro coniuge.doc