

**Al Dirigente Scolastico**

**dell'Istituto Comprensivo Statale**

**"A. Diaz" - Meda (MB)**

**CONGEDO PARENTALE MALATTIA BAMBINO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Inserita ad:** | **ARGO**  | **SIDI**  | **NET**  |
| **DECRETO N.** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **del** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **verifica RTS** |  |

|  |
| --- |
| Protocollo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Riservato all'Ufficio Segreteria** |

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

in servizio presso questo **I**stituto **C**omprensivo **S**tatale “A. Diaz” in qualità di:

 **DOCENTE ATA Tempo Determinato Tempo Indeterminato**

nel plesso:  **INFANZIA PRIMARIA “POLO” PRIMARIA “A. DIAZ” “A. FRANK”**

# COMUNICA

che si asterrà dal lavoro per:

* astensione dal lavoro per malattia del bambino**1** di età inferiore ai 3 (tre) anni;
* astensione dal lavoro per malattia del bambino**1** (dai 3 agli 8 anni),

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che l'altro genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nello stesso periodo non trovasi in astensione dal lavoro per malattia del bambino.

Meda, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dipendente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷

**VISTA** l’istanza di cui sopra, si prende atto.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Valeria Cereda

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

1. **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
2. **dai 3 agli 8 anni**, nel limite di 5 giorni lavorativi all'anno per ciascun genitore senza alcuna retribuzione.