



Tel. 036270960 - 70411 - Fax 0362333962

PEO: MBIC85900Q@istruzione.it - PEC: MBIC85900Q@pec.istruzione.it

Sito web: https://icdiazmeda.edu.it/

CUU: UFMVVJ - CF: 91074020156 - CM: MBIC85900Q



CONGEDO PARENTALE MALATTIA BAMBINO

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo Statale

"A. Diaz" - Meda (MB)

Protocollo _____

Data _____

Riservato all'Ufficio Segreteria

Inserita ad:

ARGO

SIDI

NET

DECRETO N. _____

del _____

verifica RTS

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso questo Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz" in qualità di:

DOCENTE ATA Tempo Determinato Tempo Indeterminato

nel plesso: INFANZIA PRIMARIA "POLO" PRIMARIA "A. DIAZ" "A. FRANK"

C O M U N I C A

che si asterrà dal lavoro per:

- o astensione dal lavoro per malattia del bambino¹ di età inferiore ai 3 (tre) anni;
- o astensione dal lavoro per malattia del bambino¹ (dai 3 agli 8 anni),

dal _____ al _____ gg. _____

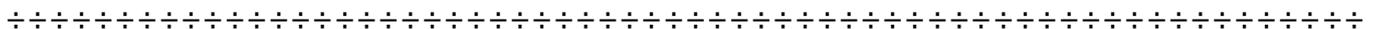
dal _____ al _____ gg. _____

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:
a) **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
b) **dai 3 agli 8 anni**, nel limite di 5 giorni lavorativi all'anno per ciascun genitore senza alcuna retribuzione.