



ISTITUTO COMPRESIVO VALLE DI LEDRO

Via G. Falcone e P. Borsellino, 2 - fraz. Bezzecca - 38067 LEDRO (TN) - Tel. 0464/592800 - CF: 93010430226
segr.ic.bezzecca@scuole.provincia.tn.it - ic.vallediledro@pec.provincia.tn.it - www.icvallediledro.it

**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
DELL' ISTITUTO COMPRESIVO
VALLE DI LEDRO**

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso
l'Istituto in qualità di docente con contratto a tempo indeterminato
 con contratto a tempo determinato

CHIEDE

CONGEDO PER MALATTIA DEL BAMBINO di età non superiore agli 8 anni dal ___/___/_____ al
___/___/_____ per il figlio _____
nato il ___/___/_____ (art.51, c.8, CCPL 2002/2005)

Si allega certificato medico.

- ◆ Sino al compimento del 1° anno di vita del bambino: assenza retribuita in alternativa al godimento dei primi 30 giorni di congedo parentale. Non retribuita, per max 30 gg., se usufruito del congedo parentale
- ◆ Da 1 a 3 anni: assenza retribuita nel limite di 30 giorni annui, computati complessivamente per entrambi i genitori
- ◆ Da 3 a 8 anni: assenza non retribuita nel limite di 10 giorni annui, con copertura degli oneri previdenziali

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(art.46 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n.445)

consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

in qualità di genitore richiedente che in data _____ nel Comune di _____
provincia di _____ è nato/a il figlio/la figlia _____

- che l'altro genitore _____
(cognome e nome)

dipendente presso _____

senza occupazione

ha usufruito a tutt'oggi di n. _____ giorni di assenza per malattia del bambino e che non è assente per lo stesso motivo nel periodo dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Ledro, ___/___/_____

firma

Visto
LA DIRIGENTE SCOLASTICA
dott.ssa Paola Maroni