



ISTITUTO COMPRESIVO VALLE DI LEDRO

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

Data \_\_\_\_\_

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
**SEDE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso l'Istituto in qualità di docente

- con contratto a tempo indeterminato
- con contratto a tempo determinato
- incaricato di religione

**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**

1. in qualità di genitore richiedente che in data \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ è nato/a il figlio/la figlia \_\_\_\_\_

2. che l'altro genitore \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

- dipendente presso \_\_\_\_\_
- lavoratore autonomo  professionista  casalinga  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 \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

*Visto, si autorizza!*

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
*Dott.Massimo Amistadi*