



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO «VAL DI VARA» - ISA 22**

Via Scopesi, 4 – 19020, Sesta Godano (SP)
tel. 0187891533 – fax 0187891100
sito web: <http://www.icvaldivara.gov.it/>
Email: spic80200x@istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

___ sottoscritt___ nat ___ a ___

il _____, residente in _____,

in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di _____
(docente, coll.scol., ass.te amm.vo)

a tempo _____, comunica che intende fruire di assenza per malattia
(det./indet.)

del figlio di età inferiore ai tre anni ai sensi dell'art. 12 del C.C.N.L.24/07/2003 e del D.Lgs. 151/2001)

per il periodo dal _____ al _____ per giorni _____

per ___ figli___, nat_ a _____ il _____.

A tal fine dichiara che l'altro genitore _____ nato a _____

Il _____ nello stesso periodo non è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo perché:

- non è lavoratore dipendente;
- pur essendo lavoratore dipendente da _____

_____ non intende usufruire di analogo congedo nello stesso periodo.

___ sottoscritt___ dichiara inoltre di aver già usufruito dei seguenti periodi di congedo per malattia del

figlio durante il _____ anno di vita:

- _____

- _____

Allega certificato medico attestante la malattia del figlio e dichiarazione del padre/della madre.

Lì, _____

Firma _____

Dichiaro che mi sono state adeguatamente e compiutamente fornite tutte le informazioni sul trattamento dei miei dati personali previste dagli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679.

Si comunica che le informazioni aggiornate e complete sul trattamento dei dati personali che la riguardano sono disponibili in formato elettronico sul sito istituzionale dell'Istituto, all'indirizzo: <http://www.icvaldivara.gov.it/privacy/>



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE , DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO «VAL DI VARA» - ISA 22**

Via Scopesi, 4 – 19020, Sesta Godano (SP)

tel. 0187891533 – fax 0187891100

sito web: <http://www.icvaldivara.gov.it/>

Email: spic80200x@istruzione.it

**DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art.46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

___ SOTTOSCRITT___ _____,

NAT___ A _____ IL _____

• residente in _____,

• _____ del/della bimbo/a _____ nato/a a _____
(padre/madre)
il _____ ,

• con riferimento alla richiesta di congedo _____ formulata
(parentale/per malattia del/della bimbo/a)
_____ del/della bimbo/a per il periodo dal _____ al _____,
dal padre/dalla madre

• consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità di non aver mai usufruito di congedo _____

_____ e che per lo stesso periodo non intende fruire di analogo congedo.

Lì, _____

IN FEDE _____

Dichiaro che mi sono state adeguatamente e compiutamente fornite tutte le informazioni sul trattamento dei miei dati personali previste dagli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679.

Si comunica che le informazioni aggiornate e complete sul trattamento dei dati personali che la riguardano sono disponibili in formato elettronico sul sito istituzionale dell'Istituto, all'indirizzo: <http://www.icvaldivara.gov.it/privacy/>