



**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 superiore ai tre anni ai sensi dell'art. 12 del C.C.N.L.29/11/2007 e del DLgs151/2001

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/>