

ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "ANGELO SECCHI"

Via Makallè,14 - 42124 REGGIO NELL'EMILIA (RE)

Tel 0522/518555 Fax 0522/516643

Codice fiscale 91180540352 – Codice UNIVOCO UFUX3I

Web: www.iisecchi.edu.it

E-mail: reis01700g@istruzione.it - reis01700g@pec.istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell' I.I.S. "A. SECCHI" di RE

**OGGETTO: RICHIESTA CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO/A
(D.L. 151/2001 art. 47 successive modifiche ed integrazioni)**

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso l' I.I.S.
"Angelo Secchi" di Reggio Emilia

in qualità di docente a tempo indeterminato docente a tempo determinato
 A.T.A. a tempo indeterminato A.T.A. a tempo determinato
(Ass. Amm.vo - Coll. Scol. - Ass. Tec.) (Ass. Amm.vo - Coll. Scol. - Ass. Tec.)

Madre / padre di _____ nato/a il _____

COMUNICA

l'assenza dal lavoro ai sensi dell'art. 47 del D.L. 26/03/2001 n. 151 modificato ed integrato dal D.L. 23/04/03 n. 115 per assistere il/la figlio/a _____ malato/a dal _____ al _____ come risulta dal certificato medico allegato.

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del Testo Unico D.P.R. 28/12/2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del medesimo Testo Unico,

DICHIARA

Di aver già fruito: Tot. gg. _____ 1° anno di vita 2° anno di vita 3° anno di vita
(N.B. per ogni anno di vita del bambino: max 30 gg. retribuiti - oltre 30 gg. NON retribuiti)

Di aver già fruito: Tot. gg. _____ 4° anno di vita 5° anno di vita 6° anno di vita
 7° anno di vita 8° anno di vita

(N.B. fino ad un massimo di 5 gg. per anno di vita del bambino non retribuiti)

che l'altro genitore Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____

non presta attività lavorativa;

è lavoratore autonomo;

presta attività lavorativa subordinata presso _____

Via _____ Comune _____

e di conseguenza l'altro genitore:

nel periodo sopra citato non si astiene dal lavoro per lo stesso motivo;

nell'anno in corso si è astenuto dal lavoro per malattia del/della bambino/a,
per un tot. di:

- mesi _____ e giorni _____ con trattamento economico al 100%;

- mesi _____ e giorni _____ senza trattamento economico.

Allega certificato medico.

Reggio Emilia, _____

Firma del richiedente

IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE
(Dott.ssa Beatrice MENOZZI)

Normativa vigente:

| | | |
|---|---|--|
| <p>Personale con contratto a tempo indeterminato</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>Personale con contratto a tempo determinato</p> | <p>Spetta a ciascun genitore, anche se l'altro è libero professionista, casalinga, disoccupato, ecc. e ad entrambi i genitori, alternativamente fino a 3 anni di vita del bambino, spettano max 30 gg . retribuiti. Inoltre ciascun genitore ha diritto ad assentarsi, senza retribuzione per la durata della malattia e comunque fino al raggiungimento del 3° anno di vita.</p> | <p>Da 0 a 3 anni di vita del bambino 30 gg. al 100% per ogni anno di vita</p> <p>Oltre i 3 anni di vita del bambino 30 gg per ogni anno di vita non retribuito</p> |
| <p>Da 4 a 8 anni di vita del bambino Senza retribuzione max 5 gg. per ogni anno di vita del bambino</p> | | |