



Istituto Comprensivo "PUCCINI"
Viale D. Giannotti, 41 50126 Firenze - Tel. 055 6801385 – 055680423 - 0556584793
Codice Fiscale 94188510484 - Codice Meccanografico FIIC854005 - Codice univoco UFLDPW
e-mail: fic854005@istruzione.it – fic854005@pec.istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. PUCCINI FIRENZE

Oggetto: **Modello di congedo per malattia del bambino**

Io sottoscritto , nato/a a

il . in servizio presso codesto Istituto in qualità di

comunico che intendo assentarmi dal lavoro per malattia del bambino, ai sensi dell'art. 7 della legge

30/12/1971 n. 1204, come modificato dall'art.3 della legge n. 53 dell'8 marzo 2000, quale genitore

di nato il per il periodo

dal al (totale giorni), come da certificato di

malattia rilasciato da .

A tal fine dichiaro, ai sensi dell'art. 4 della legge 04/01/1968 n. 15, 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

(indicare con esattezza il datore di lavoro dell'altro genitore e l'indirizzo della sede di servizio)

non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

Firenze, lì

Firma

(*) barrare con una crocetta una delle due opzioni