

Data di arrivo _____

Data di Protocollo _____

Prot. n. _____ / _____

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo
di CASTELVETRO

Oggetto: Richiesta Permesso Retribuito / NON Retribuito (art. 12 CCNL 24/07/2003 + L. 53/00 + D.lgs 115/03).
(Personale Docente e A.T.A. con contratto a T.I. e T.D.)

... I ... sottoscritt ... _____ nat .. a
(Cognome e Nome)
_____ il _____ in servizio presso
_____ in qualità di _____
(Plesso) (Docente / A.T.A.)

con contratto di lavoro a **TEMPO INDETERMINATO / DETERMINATO:**

RICHIEDE

la concessione di giorni _____ di permesso retribuito dal _____ al _____ per

Congedo per Malattia del figlio/a (Astensione Facoltativa – L.1204/71 Art.7 c.2 + L.53/00)
(gg. 30 per ogni bambino, nei primi tre anni di vita)
30 gg. retribuiti al 100%

Congedo per Malattia del figlio/a (Astensione Facoltativa – L.1204/71 Art.7 c.2 + L.53/00)
(gg. 5 senza assegni per ogni bambino, dal quarto all'ottavo anno di vita)

D I C H I A R A

- Che ha già fruito nell'anno (specificare l'anno di vita de bambino) _____ di n. _____
giorni di congedo per malattia del figlio/a ;
- Che il/la bambino/a _____ - è nato/a il _____
a _____ ;
- Che l'altro genitore NON usufruisce di analogo beneficio durante il periodo
suddetto (allega autocertificazione)

Allega la seguente documentazione:

Data _____

Firma _____