Al Dirigente Scolastico

I.T.I.S. “E. BARSANTI”

POMIGLIANO D’ARCO (Na)

OGGETTO: DOMANDA PER USUFRUIRE DEL CONGEDO MALATTIA BAMBINO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_

in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con contratto a tempo: indeterminato - a tempo determinato dal al

genitore del bambino/a ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

Che, causa malattia del bambino/a, rimarrà assente dal lavoro per complessivi giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , come da certificato medico allegato.

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 , e di quanto previsto dagli artt. 71 e 75, a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell’Amministrazione che l’altro genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nello stesso periodo non è in astensione dal servizio per lo stesso motivo, in quanto:

* Non è lavoratore dipendente;
* Pur essendo lavoratore dipendente presso (indicare con esattezza l’indirizzo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

non intende usufruire dell’assenza dal lavoro per il motivo suddetto; e che lo stesso, durante l’attuale anno di vita del bambino ( ):

* Ha già fruito di permessi retribuiti per malattia del figlio per complessivi giorni…………………..;
* Non ha fruito di alcun giorno di permesso retribuito per malattia del bambino.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che l’Amministrazione provvederà ai sensi dell’Art. 71 del DPRn. 445 del 28.12.2000, ad effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

□ Dichiaro di autorizzare il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR – Regolamento UE 2016/679

la suddetta dichiarazione è richiesta ai fini della corretta applicazione dell’art. 47, comma 1, del D.lgs. n. 151/2001, il quale dispone che per malattia di ogni figlio di età non superiore a 3 anni, entrambi i genitori, alternativamente, hanno diritto di astenersi dal lavoro per periodi corrispondenti alle malattie di ciascun figlio.

DATA FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Carmela Mosca