



# Istituto Comprensivo Statale "GIOVANNI XXIII"

Via Italia 11 - 20854 VEDANO AL LAMBRO (MB)

cod.fiscale 85017850158

tel. 039.492169 – telefax 039.492171

E-mail: [miic81200n@istruzione.it](mailto:miic81200n@istruzione.it) Sito web: [www.icsvedano.gov.it](http://www.icsvedano.gov.it)



Alla Dirigente Scolastica  
ICS "Giovanni XXIII"  
Vedano al Lambro

## CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO DA 3 A 8 ANNI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ in

servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

con contratto a tempo  DETERMINATO  INDETERMINATO, presso la Scuola

Primaria  Secondaria comunica che, ai sensi dell'art. 47 del Decreto Legislativo

26/03/2001, n. 151, si asterrà dal lavoro per malattia del\_\_ figli\_\_

\_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/10/2000 n. 445, che l'altro

genitore, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, nello

stesso periodo non si trova in astensione dal lavoro per malattia del bambino.

Allego certificato di malattia rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario

Nazionale o convenzionato.

Il/la sottoscritto/a fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere effettuata al

seguente indirizzo:

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

Tel: \_\_\_\_\_

Vedano al Lambro, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma

<b>RISERVATO ALL'UFFICIO</b>	
__I__ docente/non docente _____	
in data _____ alle ore _____	comunica l'assenza per:
_____ dal _____ al _____	
Note _____	
_____	
firma del compilatore _____	<b>LA DIRIGENTE SCOLASTICA</b> <i>Dott.ssa Laura Romanella</i>