

DOMANDA DI CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO

NOME E INDIRIZZO DELLA LAVORATRICE

SIG.RA .....

VIA

N. ....

CAP

COMUNE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
"RINNOVATA PIZZIGONI"  
VIA CASTELLINO DA CASTELLO 10  
20155 - MILANO

Oggetto: richiesta di CONGEDO ai sensi dell'art. 47 del D. Lgs 151/2001 sulla maternità e paternità.

La sottoscritta.....

Madre di .....

nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a .....

chiede

con la presente, di assentarsi dal lavoro

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

a causa della malattia del/la bambino/a, comprovata dall'allegata certificazione medica.

Dichiara che del suddetto diritto non si avvale il padre del bambino/a.

Allegati:

Certificato medico attestante la malattia del bambino

Dichiarazione del padre dalla quale risulta che ha rinunciato al diritto

Data, .....

Firma .....