



Ministero dell'istruzione – Istituto Comprensivo “Ezio Crespi” – VAIC86600x
 Via Comerio 10 Busto Arsizio (VA) Tel. 0331/684288 Fax 0331695999 E-mail VAIC86600x@istruzione.it
 Sito: www.comprensivocrespi.edu.it PEC: VAIC86600x@pec.istruzione.it

	<p>Domanda di congedo per malattia del bambino (Adozione/Affidamento)</p>	<p>Cod. Doc: Malattia del bambino(Adozione/Affidamento)</p> <p>Data emissione _____</p> <p>N°. di revisione _____</p>
--	--	---

Protocollo Prot. n° _____ Pos. _____ Data _____

Al Dirigente Scolastico

Il sottoscritto/a....., nato/a a

il in servizio presso codest..... in qualità di.....,

affidatario/a del/della bambino/a _____ nato/a il _____

entrato/a in famiglia il _____

Chiede

di astenersi dal lavoro per malattia del/la suindicato/a figlio/a, ai sensi degli artt. 47 e 50 del D. Lgs n. 151/2001 e 12, comma 5 del CCNL- Comparto Scuola del 29/11/2007:

dal _____ al _____ giorni n. _____¹

[] entro il sesto anno di vita: (computati alternativamente per entrambi gli affidatari)

- primi 30 giorni (per ciascun anno) retribuzione al 100%

¹ Si ricorda che, ai sensi del comma 4 dell'art. 47 del T.U. 151/2001, la malattia del bambino che dia luogo a ricovero ospedaliero interrompe, a richiesta dell'affidatario, il decorso delle ferie in godimento.



Ministero dell'istruzione – Istituto Comprensivo “Ezio Crespi” – VAIC86600x
Via Comerio 10 Busto Arsizio (VA) Tel. 0331/684288 Fax 0331695999 E-mail VAIC86600x@istruzione.it
Sito: www.comprensivocrespi.edu.it PEC: VAIC86600x@pec.istruzione.it

- periodi eccedenti i trenta giorni senza retribuzione

oltre il sesto anno di vita e fino all'8° anno: (computati alternativamente per entrambi gli affidatari)

- 5 giorni lavorativi all'anno senza retribuzione

Si allega

- certificato di malattia del/della figlio/a rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato.

Data

Firma _____

DICHIARAZIONE

(artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Io sottoscritta/o consapevole delle conseguenze previste in caso di dichiarazione non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiaro sotto la propria responsabilità che:

1. non ho fruito di astensione per malattia del/della figlio/a
_____ presso altri enti pubblici o privati. (Se già fruito dell'astensione, indicare di seguito)

dal _____ al _____ n. giorni _____ presso _____

dal _____ al _____ n. giorni _____ presso _____

2. non fruirò di congedo per malattia del/della figlio/a _____ nei giorni in cui l'altro genitore utilizzerà lo stesso beneficio per il/la suindicato/a figlio/a.



Ministero dell'istruzione – Istituto Comprensivo “Ezio Cresspi” – VAIC86600x
Via Comerio 10 Busto Arsizio (VA) Tel. 0331/684288 Fax 0331695999 E-mail VAIC86600x@istruzione.it
Sito: www.comprensivocresspi.edu.it PEC: VAIC86600x@pec.istruzione.it

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ALTRO AFFIDATARIO
(artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____

Dipendente presso _____

con sede in _____

l'altro affidatario ha / non ha fruito di congedo per la malattia del/della figlio/a

(Se già fruito dell'astensione, indicare di seguito).

dal _____ al _____ n. giorni _____ presso _____

dal _____ al _____ n. giorni _____ presso _____

non ha diritto al congedo.

non fruirà di congedo per la malattia del/della figlio/a _____ nei giorni in cui il/la sottoscritto/a utilizzerà lo stesso beneficio per il/la figlio/a suindicato/a.

Mi impegno a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni di quanto dichiarato nella presente.

_____, _____

Firma
