ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Guido Guinizelli"
Via Risorgimento, 58 – 41013 CASTELFRANCO EMILIA (MO)
tel. 059926517 - 059921576 - cod.mecc.: MOIC809003
internet: https://icguinizelli-castelfrancoemilia.edu.it
e-mail: moic809003@istruzione.it - PEC: moic809003@pec.istruzione.it

Il Dirigente Scolastico
I.C. "G.Guinizelli "
Via Risorgimento 58
41013 Castelfranco Emilia

Il / La sottoscritto/a _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____
a tempo: ☐ indeterminato ☐ determinato

CHIEDE

ai sensi della legge n.53/2000, del D.L.vo n.151/2001 e del vigente CCNL Scuola, di assentarsi dal servizio a decorrere dal _____ al _____ per un totale di giorni _____ per malattia del/la proprio/a figlio/a nato/a il _____ a _____.

A tal fine dichiara:

☐ di non avere mai usufruito di periodi di assenza dal servizio per malattia del suddetto figlio/a.

☐ di avere usufruito dei seguenti periodi di assenza dal servizio per malattia del suddetto figlio/a:

1. dal _____ al _____ per un totale di mesi _____ giorni _____
2. dal _____ al _____ per un totale di mesi _____ giorni _____.

Inoltre dichiara che l'altro genitore _____,

nato/a a _____ il _____, non si troverà in astensione dal lavoro per la malattia del/la bambino/a durante il suddetto periodo.

Comunica altresì che nelle giornate sopraindicate risiederà in via _____
nel comune di _____

Si allega: l'autocertificazione della nascita del figlio/a, l'autocertificazione del coniuge e il certificato medico attestante la malattia del bambino/a.

Castelfranco Emilia, lì _____ Firma

_____