

ISTITUTO STATALE COMPRENSIVO PER CIECHI

Viale Marconi,6 - 06081 ASSISI (Perugia)

Tel. 075/812553 – e.mail. pgic81500l@istruzione.it- p.e.c. pgic81500l@pec.istruzione.it - C.M: PGIC81500L –C.F: 80011900547

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso istituto in qualità di

Docente

A.T.A

con incarico a

Tempo Indeterminato

Tempo Determinato

chiede alla s.v. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ per complessivi n. _____ giorni di:

Assenza per malattia del/della figlio/a _____

(da 0 a 3 anni di età)

Congedo per malattia del/della figlio/a _____

(dai 3 agli 8 anni di età)

Luogo e data _____ li _____

Firma del Dichiarante

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47 DPR 45/2000)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C. per Ciechi
di ASSISI

OGGETTO: Dichiarazione del 2° genitore (da allegare alla richiesta per malattia del figlio/a)*

__ 1__ sottoscritt__ _____

Nato/a a _____ () il ____/____/____

residente a _____ () Via _____

genitore di _____ nato/a il ____/____/____

dipendente presso _____

in qualità di _____

ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole che la dichiarazione mendace è penalmente sanzionata ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

di non usufruire per il periodo dal ____/____/____ Al ____/____/____ di:

Assenza per malattia del/della figlio/a _____
(da 0 a 3 anni di età)

Congedo per malattia del/della figlio/a _____
(dai 3 agli 8 anni di età)

Luogo e data _____ li _____

Firma del Dichiarante

* Allegare copia documento e copia codice fiscale di entrambi i genitori.