

RICHIESTA ASTENSIONE DAL LAVORO (malattia del figlio fino a 8 anni)

Al Dirigente Scolastico

di Meduno

Il/la sottoscritto/a qualifica

nato/a il

in servizio presso Codesto Istituto nel corrente anno scolastico con incarico a tempo indeterminato/determinato comunica che ai sensi dell'art. 457 del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n.

151, si asterrà dal lavoro per malattia del/della figli___ nat___ a _____

il _____

dal al per complessivi n gg

L___/Il sottoscritt___ dichiara ,

ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che l'altro genitore _____

nat___ a _____ il _____

nello stesso periodo non trovasi in astensione dal lavoro per malattia del bambino.

Allega certificato di malattia rilasciato da _____
(il certificato deve essere rilasciato da un medico specialista del SSN o con esso convenzionato)

Meduno ,

Firma

RECAPITO

indirizzo

ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Visto, Il Dirigente Scolastico
Dott. Franco MELITA