

**MATERNITÀ E CONGEDI PARENT ALI**  
**Malattia del/la bambino/a nei primi otto anni di vita**  
*(personale a tempo indeterminato/determinato)*

*Al Dirigente scolastico*

**Oggetto:** *Malattia del/la bambino/a nei primi otto anni di vita*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
e residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
comune di \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,  
assunto/a a tempo indeterminato/determinato in qualità di \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

ai sensi dell'art. 47, commi 1 e 4, e dell'art. 50 (in caso di adozione e affidamento) del TU 151/01, e dell'art. 12 del Ccnl 2006/2009, di assentarsi dal lavoro a decorrere dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_

A tal fine fa presente che il/la bambino/a è nato/a (è entrato in famiglia) \_\_\_\_\_.

Inoltre la sottoscritta dichiara che l'altro genitore \_\_\_\_\_,  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

non si trova in astensione dal lavoro per malattia del bambino durante il periodo suddetto.

**COMUNICA**

altresì che nelle giornate sopraindicate risiederà a:

\_\_\_\_\_  
ALLEGA Certificato medico del pediatra

Distinti saluti

Data

Firma