

C.P.I.A. Ragusa	
N° Prot.	Tit.
Data	
ENTRATA	

Al Dirigente Scolastico del C.P.I.A. RAGUSA

l sottoscritt _____, nata a _____ il _____, in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di _____ nella scuola _____ con contratto di lavoro a tempo _____, comunica che, ai sensi dell'art. 47 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n° 151,

si asterrà dal lavoro **dal** _____ **al** _____ **per n° giorni** _____

per malattia del figli _____, nat_ a _____ il _____.

Dichiara di aver già fruito, per l'anno di riferimento del bambino, di n° _____giorni di astensione per malattia del bambino.

l sottoscritt dichiara, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, sotto la propria personale responsabilità, che il coniuge _____ nat_ a _____ il _____ lavoratore dipendente presso _____ con sede a _____ Via _____

- Non ha fruito di alcun periodo di astensione per malattia del bambino
- Ha fruito nello stesso anno di n° _____ giorni di astensione per malattia del bambino
- Non fruisce contemporaneamente al periodo sopra indicato di giorni di astensione per malattia del bambino

Allega certificato di malattia rilasciato da _____ (medico specialista del SSN o con esso convenzionato).

l sottoscritt comunica, altresì, che durante il predetto periodo risiederà in: _____ tel. _____.

L'interessato dichiara di essere stat_ informat_ , ai sensi del D.L.vo 196/2003 e D.M. 305/2005, che i dati raccolti presso l'istituto, titolare del trattamento, saranno trattati, anche con strumenti informatici, ed eventualmente comunicati esclusivamente nell'ambito del procedimento finalizzato alla presente istanza o comunque nell'ambito dello svolgimento delle attività istituzionali della scuola; e che può esercitare i diritti di cui all'art.7.

Lì, _____

 (firma)

vista la domanda: *si / non concede* **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**
(Dott.ssa Anna Caratozzolo)

parere favorevole/non favorevole: DSGA: *G.Genovese*