



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Ufficio VII - Ambito Territoriale Provincia di Frosinone
CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE ADULTI
8^A C.P.I.A. PROVINCIA FROSINONE

Via Pietro Mascagni, 14 – 03100 Frosinone

Sedi Associate: ANAGNI – CASSINO – PONTECORVO - SORA

Tel.: (Presidenza) 0775/265.6934-6931 – (DSGA) 0775/265.6929 – (Uffici) 0775/265.6928-6930-6933

PEO: frmm466008@istruzione.it - PEC: frmm466008@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico: FRMM466008 – C.F.: 92073310606

Sito web: www.centroprovincialeistruzioneadultifrosinone.edu.it/

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: assenza malattia bambino

Io sottoscritto _____
in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

CHIEDO

di poter usufruire dei seguenti giorni **dal** _____ **al** _____ **per:**

- Congedo parentale per malattia del bambino **entro il 1° anno** di vita del bambino
(max 30 gg retribuiti al 100%, dal 31° giorno senza retribuzione)
- Congedo parentale per malattia del bambino **dopo il 1° ed entro il 3° anno** di vita del bambino
(max 30 gg retribuiti al 100% per ogni anno di vita del bambino fino al terzo anno di vita dal 31° giorno senza retribuzione)
- Congedo parentale per malattia del bambino **dopo il 3° e fino all'8° anno** di vita del bambino
(max 5 gg non retribuiti per ogni anno di vita del bambino)

Per 1 propri figli _____ nat _____ il _____

A tal fine dichiaro:

- Che l'altro genitore _____ nato a _____ il _____

- E' lavoratore autonomo, come da dichiarazione allegata;
- È lavoratore dipendente da _____
Via _____
Tel. _____ e non intende fruire dell'assenza dal lavoro per lo stesso motivo nel periodo sopra indicato.

Frosinone, _____

Firma _____

(Conferma dell'altro genitore)

Io sottoscritto _____, ai sensi dell'art. 4 della Legge n. 15/68, confermo la dichiarazione del coniuge Sig. _____

Frosinone, _____

Firma _____

Visto

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Barbara MASOCCO