

**OGGETTO: malattia del bambino nei primi anni di vita (fino a 3 anni di vita)**

il   
a  Provincia   
e residente a  Provincia   
in Via

in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di:

ATA:  Assistente Amm.vo  Coll.re Scolastico  DSGA  Assistente Tecnico

DOCENTE:  Sc. dell'Infanzia  Sc. Primaria  Sc. Secondaria di 1° grado

con contratto di lavoro a tempo  determinato  indeterminato

## COMUNICA

ai sensi dell'art. 47 del Testo Unico Decreto Legislativo n. 151/2001 e dell'art. 12 del CCNL, che intende assentarsi dal lavoro a decorrere

dal  al

Al tal fine fa presente che   è  il  
 a  Provincia .

Inoltre la sottoscritta dichiara che l'altro genitore

il  a  Provincia

non si trova in astensione dal lavoro per malattia del bambino.

NUMERO GIORNI DI CONGEDO MALATTIA DEL FIGLIO FRUITI DALL'ALTRO GENITORE RETRIBUITI

AL 100%

Allega certificato medico del bambino.

Data

Firma