



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "MORANTE - GINORI CONTI"

ISTRUZIONE LICEALE - TECNICA - PROFESSIONALE

VIA CHIANTIGIANA, 26/A - 50126 FIRENZE - TEL. 055.6531360/1 - C.F. 94017140487 - CODICE UNIVOCO UF8P5Q
fiis004008@istruzione.it - fiis004008@pec.istruzione.it - www.elsamorante.edu.it

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



LICEO SCIENZE UMANE "ELSA MORANTE"

VIA CHIANTIGIANA, 26/A - 50126 FI - TEL. 055.6531360/1

I.P.S.A.S. "ELSA MORANTE"

VIA CHIANTIGIANA, 26/A - 50126 FI - TEL. 055.6531360/1

I.T.A.S. "GINORI CONTI"

VIA DEL GHIRLANDAIO, 52 - 50121 FI - TEL. 055.670711

Succursale: Operatore del Benessere
VIA NICOLODI, 2 - 50131 FI - TEL. 055.571841

Al Dirigente Scolastico
dell'I.S.I.S. Elsa Morante – Ginori Conti
Via Chiantigiana 26/A - Firenze

OGGETTO: Domanda per usufruire del congedo per malattia del figlio

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____

padre/madre del bambino _____ nato il ____/____/____

comunica che intende assentarsi dal lavoro per malattia del figlio, ai sensi dell'art. 47 comma 1 del Dlgs. 26/03/2001 n. 151 ed art.

11 comma 6 del C.C.N.L. del 15/03/2001, per il periodo dal ____/____/____

al ____/____/____, come da certificato di malattia rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato.

A tal fine, secondo quanto prescritto dall' art. 51 del Dlgs. N.151/2001, dichiaro, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.

445, che l'altro genitore _____

Nato a _____ il _____ :

- 1) Non è in congedo negli stessi giorni e per lo stesso motivo perché:
 - a. Non è lavoratore dipendente;
 - b. Pur essendo lavoratore dipendente presso (indicare con esattezza il datore di lavoro dell'altro genitore e l'indirizzo della sede di servizio) _____ non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

- 2) Che dalla nascita del bambino sono stati utilizzati i seguenti periodi di congedo per malattia del figlio:

MADRE			PADRE		
dal	al	giorni	dal	al	giorni
		TOTALE			TOTALE

Data _____

Firma



Agenzia Formativa Accreditata Dalla Regione Toscana
Con Sistema Di Qualità Certificato ISO 9001 15 100 52918



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "MORANTE - GINORI CONTI"

ISTRUZIONE LICEALE - TECNICA - PROFESSIONALE

VIA CHIANTIGIANA, 26/A - 50126 FIRENZE - TEL. 055.6531360/1 - C.F. 94017140487 - CODICE UNIVOCO UF8P5Q
fiis004008@istruzione.it - fiis004008@pec.istruzione.it - www.elsamorante.edu.it

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



LICEO SCIENZE UMANE "ELSA MORANTE"

VIA CHIANTIGIANA, 26/A - 50126 FI - TEL. 055.6531360/1

I.P.S.A.S. "ELSA MORANTE"

VIA CHIANTIGIANA, 26/A - 50126 FI - TEL. 055.6531360/1

I.T.A.S. "GINORI CONTI"

VIA DEL GHIRLANDAIO, 52 - 50121 FI - TEL. 055.670711

Succursale: Operatore del Benessere
VIA NICOLODI, 2 - 50131 FI - TEL. 055.571841

(Conferma dell'altro genitore, qualora egli sia lavoratore dipendente)

Il/la sottoscritto/a _____ degli artt. 45 e 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,
conferma la suddetta dichiarazione del/la Sig./Sig.ra _____

...../...../.....

Firma del dichiarante

