

AL Dirigente Scolastico

ITA D. Anzilotti

51017 Pescia (PT)

Oggetto: Congedo per malattia del figlio (d.lgs n°151/2001)

____ sottoscritt _____ in servizio
presso questo Istituto in qualità di _____

CHIEDE

N° _____ giorni dal _____ al _____ di malattia del ____ propri ____ figli ____
_____ nato il _____.

All'uopo allega certificato medico e dichiarazione del coniuge che non usufruisce di congedo per lo stesso motivo negli stessi giorni.

Data _____

Firma