

## Congedo per la malattia del figlio

Data \_\_\_\_\_

Alla Direzione Organizzazione  
Servizio Amministrazione del  
Personale

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ (matr. \_\_\_\_\_),  
dipendente del Comune di \_\_\_\_\_ con il profilo professionale di  
\_\_\_\_\_ Cat. \_\_\_\_\_

con contratto a tempo:      determinato       indeterminato   
dal \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_  
part-time       full-time

in servizio presso \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 – nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, e di quanto previsto dagli artt. 71 e 75 – a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione,

### DICHIARA

- che in data \_\_\_\_\_ è nato/a il figlio/la figlia \_\_\_\_\_

**SPECIFICARE** se  1°figlio  2°figlio  3°figlio  ... figlio

- che in data \_\_\_\_\_ è entrato nel nucleo familiare il minore \_\_\_\_\_

(indicare gli estremi del provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_)

italiano o straniero nato in data \_\_\_\_\_.

**SPECIFICARE** se  1°figlio  2°figlio  3°figlio  ... figlio

In considerazione di quanto sopra,

### COMUNICA

che usufruirà di un permesso di gg. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per malattia del

figlio/a \_\_\_\_\_ TOTALE gg. \_\_\_\_\_ (1)

*intera retrib.*

*non retrib. oltre i 30 gg.*

*5 gg. non retrib.*

---

(1)

- *intera retribuzione per n. 30 giorni*

- non retribuito per i periodi eccedenti i 30 giorni retribuiti
- non retribuiti 5 giorni lavorativi all'anno per ciascun genitore e per ciascun figlio

A tal fine, allega certificato di malattia (con prognosi) del figlio/a rilasciato da un medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato e dichiara, ai sensi degli artt. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 che: (da compilare sempre)

- l'altro genitore \_\_\_\_\_ dipendente di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ non è in astensione dal lavoro negli stessi giorni di cui alla presente comunicazione e per il medesimo motivo.
- l'altro genitore \_\_\_\_\_ ha già fruito nell'anno di gg. \_\_\_\_\_ a tale titolo.
- l'altro genitore \_\_\_\_\_ non ha fruito/fruirà di alcun periodo di congedo per malattia del figlio.

**NOTA:** I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del periodo di congedo richiesto e verranno utilizzati solo per tale scopo.

La/il dipendente \_\_\_\_\_

Allega copia fotostatica del proprio documento di identità oppure sottoscrive la presente istanza dinanzi al dipendente addetto. (\*)

Per presa visione

Il Dirigente responsabile della struttura di assegnazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_