

PERSONALE I.T.I./I.T.D.

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO DI SOLIERA

OGGETTO: *Malattia del bambino/a nei primi otto anni di vita*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ assunto/a a tempo indeterminato/  
determinato in qualità di \_\_\_\_\_ in servizio presso codesta istituzione scolastica Scuola  
Materna/Elementare/Media " \_\_\_\_\_ " di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

Ai sensi dell'art. 47 del TU 151/01, commi 1 e 4 e dell'art. 12 del Ccnl Scuola 2002/2005, di  
assentarsi dal lavoro a decorrere dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_

A tal fine fa presente che il/la bambino/a è nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Inoltre il/la sottoscritto/a dichiara che l'altro genitore \_\_\_\_\_, nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ non si trova in astensione dal lavoro per  
malattia del bambino durante il periodo suddetto.

Comunica altresì che nelle giornate sopraindicate risiederà in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

ALLEGA Certificato medico del pediatra.

\* Da 1 a 3 anni = 30 gg. retribuiti al 100%

\* Da 3 a 8 anni = 5 gg. non retribuiti

Soliera, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Domanda assunta al n° \_\_\_\_\_ di protocollo in data \_\_\_\_\_

Decreto prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_