	ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"	IC SABIN
	CONGEDO PER MALATTIA FIGLIO/A DOCENTE - ATA	

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
AL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
IC A.B Sabin - Segrate

Il sottoscritto/a

Nato /a a Il

in servizio presso questa codesta istituzione scolastica in qualità di:

☐ Docente ☐ Assistente Amministrativo ☐ Collaboratore Scolastico

Con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato, ai sensi dell'art. 47 del decreto legislativo 26 marzo 2001 n. 151, comunica di astenersi dal lavoro per malattia

Del /della figlio/a

Nato /a a il

Dal al giorni mesi .

Il sottoscritto/a dichiara ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, che l'altro genitore

Nato /a il

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

Allega certificato di malattia rilasciato da medico specialista.

li / /

Firma

Il Direttore Amministrativo
Giulia Serritiello

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Elisabetta Trisolini