



ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"

CONGEDO PER MALATTIA FIGLIO/A DOCENTE - ATA



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

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 .

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
Katrín Lascala

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Elisabetta Trisolini