|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ministero dell’Istruzione E DEL MERITO  Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  **ISTITUTO COMPRENSIVO**  **“BRUNO MUNARI”**  Via C. Perazzi, 30 - 00139 - ROMA Tel. **06 8723 6392**  C.F.97567140583 C.M.RMIC8B400C  email [RMIC8B400C@istruzione.it](mailto:RMIC8B400C@istruzione.it) https://icmunari.edu.it | logo_italia |

**Al Dirigente Scolastico**

**I.C. “Bruno Munari”-Roma**

## DOMANDA DI CONGEDO PER MALATTIA FIGLIO/A NEI PRIMI OTTO ANNI DI

**VITA (Art. 47 del T.U. D.lgs n. 151/2001 COMMI 1 E 4, e art. 12 del CCNL Scuola Quadriennio Giuridico 2006/09)**

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………………………………………....

in servizio presso questo Istituto comprensivo nel **plesso**…………………………………

in qualità di ……………………………………….. Tempo indeterminato Tempo determinato

**CHIEDE**

di assentarsi dal servizio per giorni ................................ .dal .............................. al …………………………… A tal fine fa presente che il/la bambino/a è nato/a il ……………………………………………..……………………... Inoltre il/la sottoscritto/a dichiara che l’altro genitore ………………………………………………………..…………. non si trova in astensione dal lavoro durante il periodo suddetto.

Comunica altresì che nelle giornate sopraindicate risiederà in Via ……………………………………….………….

…………………………..……...... n. ………….. Comune di …………………………..……..... cap ………………..…. Prov. …………

Allega Certificato medico.

Data …………………………. Firma

………………………………………………..

IL DSGA IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Granato Daniela Dott.ssa Sabrina Quaresima