**MOD. 2**

**DOMANDA DI CONGEDO PARENTALE**

**MALATTIA BAMBINO**

Al Dirigente Scolastico

del Liceo Statale “A. Manzoni”

04100 Latina

Oggetto: Domanda di Congedo parentale

Il sottoscritto ……………………………………………………………………………………………………

in servizio presso questo istituto in qualità di…………………………………………………………………..

con contratto a □a tempo indeterminato □ a tempo determinato,

genitore del/della bambino/a…………………………………... nato a ………………………………………

il ………………….comunica di voler usufruire del congedo per malattia del figlio, ai sensi dell’art. 47 del

Testo Unico sui congedi parentali n. 151/2001, nel seguente periodo:

dal ………………………………. al ………………………………. Tot. giorni …………….. .

Il sottoscritto dichiara inoltre che dalla nascita del bambino sono stati utilizzati i seguenti periodi di congedo

per malattia del figlio;

|  |  |
| --- | --- |
| Periodo dal - al | gg. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

A tal fine allega:

□ certificato medico rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con

esso convenzionato

□ dichiarazione sostitutiva di certificazione periodi di Congedo parentale [MOD. 3]

*Primi 30 giorni interamente retribuiti per ciascun anno del figlio fino al compimento del 3° anno di età (compreso il giorno del 3° compleanno), se fruiti successivamente al congedo di maternità/paternità.*

Firma

Latina…………………… …………………………………….

Visto: La Dirigente scolastica

*(Prof.ssa Paola Di Veroli)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*