

PROT. N. _____

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO
G- CARDUCCI

MARIGLIANELLA

Oggetto: domanda astensione malattia figlio.

Il / La sottoscritt _____
nat ___ a _____ il _____ /
in servizio presso codesto istituto in qualità di _____
comunica che, ai sensi dell'art. 7 comma 4, della legge 30 dicembre 1971, n. 1204, come
sostituito dall'art. 3, comma 2, delle legge 8 marzo 2000, n. 53, si asterrà dal lavoro per
assistere il figlio _____
nato a _____ il _____
dal _____ al _____
(per giorni _____).

Il / la sottoscritt _____ dichiara, ai sensi dell'art. 4 della legge 4.1.1968 n. 15, che l'altro
genitore _____ nato a _____
il _____ , nello stesso periodo non trovasi in astensione dal lavoro per
malattia del bambino.

Si allega certificato di malattia rilasciato da _____

MARIGLIANELLA, _____

Firma

VISTO:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Giovanna Afrodite Zarra
