



**LICEO "MARCONI-DELPINO"**  
CLASSICO – SCIENTIFICO – SCIENZE UMANE – ECONOMICO-SOCIALE

Piazza Caduti di Nassiriya, 14 – 16043 Chiavari (GE)

Tel. 0185 363057/0185 308385

C.F. 90066960106 – email: [geps17000a@istruzione.it](mailto:geps17000a@istruzione.it)

[www.marconidelpino.edu.it](http://www.marconidelpino.edu.it)



Al Dirigente Scolastico

**OGGETTO: Richiesta congedo malattia del bambino**

  1   sottoscritt \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_,  
con rapporto di lavoro a Tempo  Indeterminato  Determinato

**CHIEDE**

di usufruire, ai sensi dell'art. 47 del D.Lgs. 26/3/2001, n. 151 e dell'art. 12 del CCNL 2007, di un congedo  retribuito  non retribuito per la malattia del figlio \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_;

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, il/la sottoscritto/a,

**DICHIARA**

1. che il figlio/a \_\_\_\_\_ è nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_;

2. che l'altro genitore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, dipendente dell'Ente/Azienda \_\_\_\_\_,

non ha usufruito dello stesso congedo per lo stesso giorno/periodo richiesto dal/la sottoscritto/a;

ha usufruito di n. giorni \_\_\_\_\_ di congedo spettanti per malattia del figlio;

3. che l'altro genitore \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, non usufruisce dello  
stesso congedo in quanto:

pensionato;

lavoratore autonomo;

altro: \_\_\_\_\_.

**ALLEGA:**

- certificato rilasciato dal medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato;

Chiavari, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_