

Il/la sottoscritto/a _____

In servizio presso codesto Istituto in qualità di : docente; assist.amm.vo; coll.scolastico

CHIEDE

Alla S.V. di assentarsi per gg. _____ dal _____ al _____ per:

► **N.B.:** la domanda completa di certificazione, va IMPROROGABILMENTE consegnata in segreteria, a cura dell'interessato, entro il 5° giorno dall'inizio dell'assenza

malattia del bambino minore di anni 3 (allegare certificato medico)

data di nascita del figlio/a:

maternità obbligatoria: **Gestazione** **Puerperio**

interdizione dal lavoro (Ispettorato)

art.6 accertamenti clinici pre-natali per complicanze della gestazione.

congedo parentale 1-12 anni

A tal fine dichiaro:

che l'altro genitore (nome e cognome)

non è in congedo negli stessi giorni e per lo stesso motivo

che il congedo parentale fino ad oggi usufruito da entrambi è di giorni:

Con Osservanza

Roma,

► **(la data non può essere postuma all'inizio dell'assenza)**

(firma)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Annunziata MARCIANO)
