

**DOMANDA DI CONGEDO PARENTALE PER MALATTIA DEL BAMBINO**  
**(ENTRO I PRIMI 8 ANNI DI VITA DEL BAMBINO)**

Periodo: Spetta ad ogni genitore alternativamente fino a - 3 anni di vita del bambino senza alcun limite di giorni dietro presentazione del certificato medico; - dai tre anni agli otto anni spettano 5 giorni lavorativi per ogni anno di vita del bambino, dietro presentazione di certificato medico specialistico delle ASL.

Validità: i primi 30 gg. di astensione con retribuzione intera sono validi a tutti gli effetti; i successivi periodi sono validi ai fini dell'anzianità di servizio ad eccezione delle ferie e 13<sup>a</sup> mensilità.

Beneficiari: Madre, madre adottiva o affidataria, padre, padre adottivo o affidatario (arti. 7 e 15 L. 1204/71 e art. 3 L. 53/299).

Retribuzione: Nei primi tre anni di vita del bambino la retribuzione è pari al 100% nei primi 30 giorni per ogni anno di età del bambino; successivamente è prevista la contribuzione figurativa. Successivamente al terzo anno di vita del bambino non spetta alcuna retribuzione con contribuzione figurativa.

**Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "PIAZZA CAPRI"**  
**Piazza Monte Baldo, 2 00141 ROMA**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

nato/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

in servizio nel corrente anno scolastico presso codesto Istituto in qualità di:

Docente di scuola:

dell'Infanzia

Primaria

Secondaria di 1°Grado

con contratto o tempo  indeterminato  determinato

**COMUNICA**

Che si assenterà dal servizio per **malattia bambino**, ai sensi dell'art. 7 dello legge 1204/71, come modificato dall'art. 3 del D.Lgs 26/03/2001 n° 151, quale genitore di

\_\_\_\_\_ nat \_\_\_ il \_\_\_\_\_

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ tot. gg. \_\_\_\_\_. A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 4 della legge 04/09/2012 n.15 che l'altro genitore \_\_\_\_\_ nello stesso periodo non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

**CONFERMA DELL'ALTRO GENITORE**

lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 4 della legge n° 15/1968 confermo la suddetta dichiarazione.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allega:

■ certificato medico attestante la malattia del/la figlio/a.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_