

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^a 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:

Personale A.T.A.:

- D.S.G.A
- Assistente Amministrativo
- Collaboratore Scolastico

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 _____