

Al Dirigente Scolastico
Al D. S.G.A
Liceo Scientifico Statale "MORGAGNI"

Oggetto: *richiesta*

...../...../..... *sottoscritta/o* *chiede per il proprio*

Cognome Nome

FIGLIO/...../.....
Cognome nome data di nascita

congedo di maternità dal al n giorni
(ex astensione obbligatoria)

congedo per la malattia da 0 a 3 anni art.47 D.Lgs.151/01 dal al n giorni

La/Il sottoscritto/a..... autocertifica che l'altro genitore, negli stessi giorni non usufruisce del medesimo congedo.
* allegare: certificato medico.

congedo per la malattia da 3 a 8 anni art.47 D.Lgs.151/01 dal al n giorni

La/Il sottoscritto/a..... autocertifica che l'altro genitore, negli stessi giorni non usufruisce del medesimo congedo.
* allegare: certificato medico.

Art. 32 Congedo Parentale figli da 0 a 12 anni D.Lgs. 151/01 dal al n giorni
(ex ast. Facoltativa)

La/Il sottoscritto/a..... autocertifica ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole degli effetti degli art. 75 e 76 del d.p.r. 445/2000 e dell'effettuazione di controlli sulla veridicità di quanto dichiarato ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000

Dichiaro

Periodi già usufruiti dall'interessato:	n..... giorni usufruiti
(Datore di lavoro)	
Periodi già usufruiti dall'interessato:	n..... giorni usufruiti
(Datore di lavoro)	
Periodi già usufruiti dall'interessato:	n..... giorni usufruiti
(Datore di lavoro)	
Periodi già usufruiti dal coniuge:	n..... giorni usufruiti
(Datore di lavoro)	
Periodi già usufruiti dal coniuge:	n..... giorni usufruiti
(Datore di lavoro)	

Roma,

In fede

.....