

**CONGEDO NON RETRIBUITO PER LA MALATTIA DEL FIGLIO
DI ETA' COMPRESA FRA I TRE E GLI OTTO ANNI****(max 5 gg l'anno)**

(da trasmettere firmata dal dipendente e dal Dirigente/Responsabile del Settore alla sede UPA del proprio Ente unitamente alla documentazione giustificativa)

All'Ufficio Personale Associato

Il sottoscritto/la sottoscritta _____,

dipendente del Comune di _____ con contratto a tempo:

determinato ☐ indeterminato ☐

presso il Servizio _____ ai sensi dell'art. 47 comma 2 del D.Lgs. n. 151/2001, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, e a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione come previsto dagli artt. 71 e 75 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

- che in data _____ è nato/nata il/la figlio/figlia _____

- che in data _____ è entrato nel nucleo familiare il minore _____

italiano o straniero nato in data _____.

In considerazione di quanto sopra,

COMUNICA

Che ☐ ha usufruito ☐ usufruirà di un permesso di gg. _____ dal _____ al _____ per malattia del figlio/figlia _____ e a tal fine, allega certificato di malattia da inviare tempestivamente.

Dichiara, ai sensi degli artt. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che l'altro genitore non è in astensione dal lavoro negli stessi giorni e per il medesimo motivo, ed inoltre:

☐ l'altro genitore ha già fruito di n. gg. _____ di congedo dal lavoro per la stessa tipologia di assenza nell'anno di riferimento;

☐ l'altro genitore non ha fruito di alcun periodo di congedo per la stessa tipologia di assenza nell'anno di riferimento;

Data _____

Firma _____

VISTO

IL DIRIGENTE/RESPONSABILE
