



**ISTITUTO COMPRENSIVO**

di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

**“FRANCO MARIA RICCI”**

**di Fontanellato e Fontevivo**

Via Barabaschi, 1 - 43012 - Fontanellato (PR) tel. 0521821150

P.E.O.: [pric813002@istruzione.it](mailto:pric813002@istruzione.it) P.E.C.: [pric813002@pec.istruzione.it](mailto:pric813002@pec.istruzione.it)

Tel.: 0521 821150 - Cod. Fisc.: 80012110344 - Codice Univoco: UFG0BV

[www.icfontanellatoefontevivo.edu.it](http://www.icfontanellatoefontevivo.edu.it)



Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo  
di FONTANELLATO

Richiesta congedo per malattia del bambino nei primi tre anni di vita  
Art. 47 D.L.vo 151/2001

Io sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,

in servizio presso la scuola di \_\_\_\_\_ in  
qualità di \_\_\_\_\_ comunica alla S.V. che intende assentarsi dal  
servizio ai sensi dell'art. 47 del D.L.vo 151/2001, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(totale giorni \_\_\_\_\_).

A tal fine, secondo quanto prescritto dall'art. 51 del D.L.vo n. 151/2001 ed ai sensi dell'art. 47 del  
D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara:

- l'esistenza in vita del proprio figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_;

- che l'altro genitore \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ non fruirà di analogo congedo.

Si dichiara inoltre, che l'altro genitore

non è lavoratore dipendente

è lavoratore dipendente della ditta \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_

Si elencano i periodi già fruiti di assenza per malattia del bambino.

Dalla madre:

| Dal | Al | Totale giorni | Dal | Al | Totale giorni |
|-----|----|---------------|-----|----|---------------|
|     |    |               |     |    |               |
|     |    |               |     |    |               |
|     |    |               |     |    |               |
|     |    |               |     |    |               |
|     |    |               |     |    |               |

Dal padre:

| Dal | Al | Totale giorni | Dal | Al | Totale giorno |
|-----|----|---------------|-----|----|---------------|
|     |    |               |     |    |               |
|     |    |               |     |    |               |
|     |    |               |     |    |               |
|     |    |               |     |    |               |

Allega certificato medico attestante la malattia del figlio.

Fontanellato, \_\_\_\_\_

Firma del coniuge \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
 Dell'Istituto Comprensivo  
 di FONTANELLATO

Richiesta congedo per malattia del figlio (3 – 8 anni)  
Art. 47 D.L.vo 151/2001

Io sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,

in servizio presso la scuola di \_\_\_\_\_ in  
qualità di \_\_\_\_\_ comunica alla S.V. che intende assentarsi dal servizio ai sensi  
dell'art. 47 del D.L.vo 151/2001, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (totale giorni  
\_\_\_\_\_).

A tal fine, secondo quanto prescritto dall'art. 51 del D.L.vo n. 151/2001 ed ai sensi dell'art. 47 del  
D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara:

- l'esistenza in vita del proprio figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_;

- che l'altro genitore \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_, non fruirà di analogo congedo;

Si dichiara inoltre, che sono stati fruiti i seguenti periodi di assenza per malattia del bambino:  
dalla madre:

| Dal | Al | Totale giorni | Dal | Al | Totale giorni |
|-----|----|---------------|-----|----|---------------|
|     |    |               |     |    |               |
|     |    |               |     |    |               |
|     |    |               |     |    |               |
|     |    |               |     |    |               |

Dal padre:

| Dal | Al | Totale giorni | Dal | Al | Totale giorno |
|-----|----|---------------|-----|----|---------------|
|     |    |               |     |    |               |
|     |    |               |     |    |               |
|     |    |               |     |    |               |
|     |    |               |     |    |               |

Allega certificato medico attestante la malattia del figlio.

Fontanellato, \_\_\_\_\_

Firma del coniuge \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_