

**Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico Statale
"Paolo Giovio"
Como**

OGGETTO: Congedo per malattia del figlio di età non superiore a 3 anni.
(art. 47, comma 1, del D. Lgs. 26/3/2001 n.151)

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____
in servizio presso questo Istituto in qualità di _____,
chiede un congedo di gg. _____, dal _____ al _____, per assistere il/la
figlio/a _____ nato a _____ il _____.

La sottoscritta dichiara che l'altro genitore _____ non è in astensione dal lavoro
negli stessi giorni di cui alla presente comunicazione e per lo stesso motivo.

Allega certificato medico di malattia del bambino.

Como, _____

Firma
