



ISTITUTO COMPRENSIVO ROVIGO 1

Via della Costituzione, 6 – 45100 ROVIGO – Tel. 0425/30600 Fax 0425/30726

Codice Fiscale 93027540298 – Cod. Mec. ROIC82000Q

www.icrovigo1.it [pec: icrovigo1@pec.it](mailto:pec:icrovigo1@pec.it) e-mail: roic82000q@istruzione.it



**Al Direttore dei SS.GG.AA.
Istituto Comprensivo Rovigo 1
ROVIGO**

OGGETTO: Richiesta di congedo per malattia del figlio (art. 47 Decreto L.vo 26/03/2001 n.151)

Il/la sottoscritto/a _____

personale A.T.A. assunto/a con contratto a tempo indeterminato/determinato, trovandosi nelle condizioni previste dall'art. 47 del Decreto L.vo 26/3/2001 n. 151

CHIEDE

Un congedo per malattia del:

figlio/a di età non superiore a tre anni

figlio/a di età compresa fra tre e otto anni

dal _____ al _____ per complessivi giorni _____

(data di nascita del figli/a _____)

Comunica, inoltre, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via/piazza _____ n. _____ tel. _____

C.A.P. _____ Città _____ (_____)

Allego: 1) certificato di malattia rilasciato da un medico specialista del S.S.N.

Rovigo, _____

Firma

=====

VISTO

IL DIRETTORE DEI SERVIZI GENERALI AMM.VI

- Giorgio Bacco -

VISTO Dirigente Scolastico

- Dott. Loris Roccatello -