



COMUNE DI OCCHIOBELLO

Al Responsabile Area Intercomunale _____

All'Ufficio Personale

ASTENSIONE DAL LAVORO PER MALATTIA DEL FIGLIO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
dipendente del Comune di Occhiobello con il profilo professionale di _____ Area _____
in servizio presso _____
con contratto a tempo: ☐ determinato dal _____ al _____ ☐ indeterminato
☐ part-time ☐ full-time

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 – nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, e di quanto previsto dagli artt. 71 e 75 – a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione,

DICHIARA

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

SPECIFICARE se ☐ 1° figlio ☐ 2° figlio ☐ 3° figlio ☐ ... figlio

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

(indicare gli estremi del provvedimento di adozione/affidamento _____) italiano o straniero nato in data _____

SPECIFICARE se ☐ 1° figlio ☐ 2° figlio ☐ 3° figlio ☐ ... figlio

COMUNICA

che usufruirà di un permesso per malattia del figlio/a dal _____ al _____

☐ intera retrib. ☐ non retrib. oltre i 30 gg. ☐ 10 gg. non retrib.

A tal fine, allega certificato di malattia del figlio/a rilasciato da un medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato e dichiara che:

L'altro genitore _____ dipendente c/o _____

☐ non è in astensione dal lavoro negli stessi giorni di cui alla presente comunicazione e per il medesimo motivo.

☐ ha già fruito nell'anno di gg. _____ di congedo per malattia del figlio ☐ retribuiti _____% ☐ non retribuiti

☐ non ha fruito di alcun periodo di congedo per malattia del figlio.

Luogo e data _____

La/il dipendente _____