



DIREZIONE DIDATTICA STATALE II CIRCOLO
"G. RODARI"

~~~~~  
Via Fiduccia n.7/A - 90039 Villabate - C.F. 97113440826  
Tel. 0916159077 - Fax 0916159077- Presidenza 091/6144639  
E-Mail [paee11300v@istruzione.it](mailto:paee11300v@istruzione.it)  
~~~~~

RICHIESTA DI ASTENSIONE PER MALATTIA BAMBINO

(art. 7 commi 4 e 5, art. 15 legge 1204/71 modificati dalla legge 8 marzo 2000, n. 53)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
nome e cognome dell'altro genitore _____

Chiede

l'astensione dal lavoro per malattia bambino dal _____ al _____
per il figlio/a _____ nato il _____
ai sensi dell'art. 7, commi 4 e 5, della legge 1204/71, così come modificata dalla legge 8
marzo 2000, n. 53. A tal fine,

Dichiara

che l'altro genitore non è in astensione dal lavoro negli stessi giorni per il medesimo
motivo;

e che l'altro genitore (*barrare l'ipotesi che ricorre*):

- non ha mai usufruito di astensione per malattia bambino retribuita al 100%
- ha usufruito di astensione per malattia bambino retribuita al 100% per un totale di
n. giorni _____

datore di lavoro dell'altro genitore _____

Allega certificato medico rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato.

Dichiara inoltre di essere consapevole della veridicità della presente dichiarazione e di essere a conoscenza delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni.

Villabate _____

firma

V.to Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Francesca Paola Puleo)