



MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA XVI SETTEMBRE"

Via XVI SETTEMBRE, 17 - 00053 Civitavecchia (RM)
☎ 0766/23270 fax 0766/580187 - ✉ RMIC8GQ00R@istruzione.it
cod.fisc.91064900581

___ I ___ sottoscritt _____ nat_ a _____

il _____ in servizio presso codesta scuola in qualità di _____

_____ comunico che intendo assentarmi dal lavoro per malattia del bambino,

ai sensi dell'art. 7 della L. 30/12/71 n. 1204, come modificato dal decreto 151 del 26/3/2001

preceduto dall'art. 3 della L. 8/3/2000, quale genitore di _____

nat_ il _____ per il periodo:

dal _____ al _____ (totale gg.) _____

come da certificato di malattia rilasciato.

A tal fine dichiaro, ai sensi dell'art. L.4/1/68 n. 15, che l'altro genitore _____

nat_ a _____ il _____,

nello stesso periodo non è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo, perché:

non è lavoratore dipendente;

pur essendo lavoratore dipendente da * _____

_____ non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo

suddetto:

Civitavecchia, _____

FIRMA

conferma dell'altro genitore

___ I ___ sottoscritt _____, ai sensi dell'art. 4 della L. n. 15/1968,
conferma la suddetta dichiarazione.

Civitavecchia, _____

controfirma e indirizzo dell'altro genitore _____

* indicare con esattezza il datore di lavoro e l'indirizzo della sede di servizio