

Al Dirigente Scolastico
I.C. "S. P. DAMIANO"
48121 Ravenna

Oggetto: Congedo malattia del bambino - Dichiarazione del coniuge -

Il/la sottoscritto/a _____
Nato /a a _____ Prov. _____ il _____
residente in Via _____ N. _____ Cap _____
comune _____ Prov. _____ Tel. _____
altro /a genitore o altro/a affidatario del bambino _____

DICHIARA CHE

E' lavoratore dipendente presso _____
Via _____ Città _____ Prov. _____

non ha fruito né fruisce di periodi di congedo p(astensione facoltativa)

ha fruito o sta fruendo dei seguenti periodi di congedo per malattia del bambino:

dal _____ al _____	dal _____ al _____
dal _____ al _____	dal _____ al _____
dal _____ al _____	dal _____ al _____
dal _____ al _____	dal _____ al _____

NON E' lavoratore dipendente, e quindi non ha diritto al congedo per malattia del bambino in quanto libero/a professionista- collaboratore / collaboratrice coordinato/a e continuativo/a – lavoratore/ trice a domicilio – lavoratore autonomo (*artigiano, commerciante, coltivatore diretto, imprenditore agricolo professionale*)

Ravenna, li _____

Firma _____

(Conferma dell'altro genitore)

Io sottoscritt _____, ai sensi dell'art.4 della Legge n.15/1968, confermo la suddetta dichiarazione del Sig. _____

Data, controfirma e indirizzo dell'altro genitore _____