



ISTITUTO COMPRENSIVO "DON G. MINZONI" ARGENTA

VIA XVIII APRILE, 2/a – 44011 ARGENTA (FE) tel. e fax 0532/804048

Uffici di Segreteria Via Matteotti, 24/d – ARGENTA - tel. 0532/805722

e-mail feic823006@istruzione.it - feic823006@pec.istruzione.it

C.F. 93085180383 – codice univoco UFTNLO – C.M. FEIC823006

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. DON MINZONI
ARGENTA

Il/La sottoscritt... in qualità di a tempo determinato/indeterminato, in servizio presso questo Istituto

CHIEDE

di poter usufruire del seguente periodo di assenza ai sensi del D.Lvo 151 del 26/03/2001 come modificato dal D.Lvo 80 del 15/06/2015:

Astensione obbligatoria per complicanze di gestazione

Allegare certificato medico e richiesta di interdizione dal lavoro

Dal al

Astensione obbligatoria per maternità

Allegare certificato medico attestante la data presunta del parto

Dal al

Astensione obbligatoria post-partum

Allegare certificato o autocertificazione nascita bambino

Dal al

Congedo parentale fino a 12 anni del bambino I mese al 100%

Allegare autocertificazione periodi usufruiti e dichiarazione del coniuge

Dal al

Congedo parentale fino a 8 anni del bambino dopo il I mese con retribuzione al 30%

Allegare autocertificazione periodi usufruiti e dichiarazione del coniuge

Dal al

Congedo parentale 8-12 anni del bambino dopo il I mese con retribuzione al 0%

Allegare autocertificazione periodi usufruiti e dichiarazione del coniuge

Dal al

Congedo parentale malattia del bambino fino a 3 anni con retribuzione al 100% (max 30 gg. per anno del bambino)

Allegare certificato medico

Dal al

Congedo parentale malattia del bambino 3-8 anni con retribuzione 0% (max 5 gg. per genitore)

Allegare certificato medico

Dal al

Data.....

Firma dipendente

.....

Riservato all'ufficio

Prot. n...../FP

del

VISTO: Il Dirigente Scolastico

.....