



# ISTITUTO COMPrensIVO E. DE AMICIS

Via delle Tofane, 1 24125 Bergamo– tel. 035/294148 - fax 035/301650

Cod. meccanografico BGIC80700G

e.mail contatti@icdeamicisbergamo.edu.it - [www.icdeamicisbergamo.edu.it](http://www.icdeamicisbergamo.edu.it)



Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "De Amicis"  
di Bergamo

## DOMANDA DI CONGEDO PARENTALE PER MALATTIA DEL FIGLIO/A (3 - 8 ANNI) (MAX 5 GG. ALL'ANNO NON RETRIBUITI)

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ in servizio presso

codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro

a tempo indeterminato

determinato

sede di servizio

CELADINA \_\_\_\_\_

DE AMICIS \_\_\_\_\_

FLORES \_\_\_\_\_

LINA DASSO \_\_\_\_\_

SAVIO \_\_\_\_\_

M.TE CORNAGERA \_\_\_\_\_

VIA TRENTO \_\_\_\_\_

VALLI \_\_\_\_\_

CHIEDE

n° \_\_\_\_\_ giorni dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di congedo parentale per malattia

del \_\_\_ figli \_\_\_ nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ di anni \_\_\_ nato a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_ dichiara che l'altro genitore nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nello stesso periodo non fruisce dello stesso congedo.

Bergamo, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_