



ISTITUTO COMPRESIVO 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



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
