

UFFICIO RILEVAZIONE PRESENZE/ASSENZE

Oggetto: Congedo per malattia del figlio ai sensi dell'art. 47 del D.Lgs. 151/2001
Modifiche Legge 30 dicembre 2025, n. 199, art. 1, comma 220.

Il/La sottoscritto/a _____ tel. _____

In servizio presso _____ sede _____

Con qualifica di _____

Madre/padre di un bambino/a di nome _____ nato/a il _____

Minore di anni 3

Maggiore di anni 3 e minore di anni 14

Ai sensi dell'art. 47 del D.Lgs. n. 151/2001, come modificato dalla Legge 30 dicembre 2025, n. 199, art. 1, comma 220,

Dal: _____ Al: _____

per complessivi n. giorni: _____

Come da certificato del medico specialista del SSN, o con esso convenzionato, allegato alla presente.

Luogo e data _____

Firma
Il/La Richiedente

Per Presa Visione

Il Direttore/Coordinatore della Struttura di appartenenza

Firma: _____

Timbro: _____

Allegati:

1. Certificato del medico specialista del SSN o convenzionato
2. Dichiarazione sostitutiva dell'altro genitore
3. Documento di riconoscimento di entrambi i genitori

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DELL'ALTRO GENITORE
(ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000)

Il sottoscritto _____ nato a _____

Prov. (_____) il _____ residente a _____ C.A.P. _____

In Via _____

Cell. _____ Dipendente c/o l'Azienda _____

con sede in _____

In qualità di _____

Consapevole delle responsabilità civili e penali ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di eventuali dichiarazioni false e mendaci.

Dichiara

Di essere la madre o il padre

del minore _____ nato il _____

- di aver fruito di n. _____ giorni di congedo per malattia del figlio;
- di non aver fruito di giorni di congedo per malattia del figlio.

Data: _____

Firma: _____