



COMUNE DI BERTINORO



PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA

SERVIZIO ASSOCIATO GESTIONE DEL PERSONALE

**MODULO RICHIESTA
CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO (fino al 3° anno)**

**AL SERVIZIO RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE
DELLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA**

Il/La sottoscritto/a _____ dipendente del Comune di BERTINORO

a tempo indeterminato

a tempo determinato dal _____ al _____

e profilo professionale di _____ Cat. _____
genitore del bambino _____ nato/a il _____

COMUNICA

che, causa malattia del bambino, rimarrà assente dal lavoro per complessivi giorni _____
dal _____ al _____, **come da certificato medico allegato.**

E DICHIARA

*ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di
dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000*

che l'altro genitore _____ nello stesso
periodo non è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo, in quanto:

non è lavoratore dipendente;

pur essendo lavoratore dipendente presso la Ditta/Ente _____
_____, indirizzo _____
_____ tel. _____ non intende usufruire
dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto;

e che lo stesso, durante l'attuale anno di vita del bambino (*):

ha già fruito di permessi retribuiti per malattia del bambino per complessivi giorni _____;

non ha fruito di alcun giorno di permesso retribuito per malattia del bambino.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che l'Amministrazione Provinciale provvederà, ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445 del 28.12.2000, ad effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Bertinoro, _____

Il/La Dipendente

(*) la suddetta dichiarazione è richiesta ai fini della corretta applicazione dell'art. 17, comma 6, del CCNL 14.9.2000, il quale dispone che fino al 3° anno di vita del bambino spettano, complessivamente per entrambi i genitori, 30 giorni retribuiti per intero, per ciascun anno (compreso il 1°).