



MINISTERO dell'ISTRUZIONE
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO "PIAZZA WINCKELMANN"
P.zza J. J. Winckelmann, 20 - 00162 ROMA – Cod. RMIC8EC00C
Tel. 06/86219146 – Fax 06/86325006 – Codice Fiscale 97713670582
e-mail rmic8ec00c@istruzione.it – PEC rmic8ec00c@pec.istruzione.it – Codice Univoco Ufficio **UF9CBP**

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Piazza Winckelmann" - Roma

OGGETTO: CONGEDI PARENTALI (art. 12 CCNL 2006/0+D.lgs 151/01)
(Personale Docente e A.T.A. con contratto a T.I. e T.D.)

..l.. sottoscritt.. _____ nat.. a _____
(Cognome e Nome)

il _____ in servizio presso questo istituto scolastico in qualità di _____
(Docente / A.T.A)

con contratto di lavoro a **TEMPO INDETERMINATO / DETERMINATO:**

RICHIEDE

La concessione di giorni _____ di permesso retribuito dal _____ al _____ per

Congedo Parentale (Decreto legislativo 151/01 art. 32 comma 1)

(I primi 30 gg. sono retribuiti per intero; oltre i 30 gg. fino al terzo anno di vita del bambino, spetta un'indennità pari al 30% della retribuzione per un periodo massimo complessivo tra i genitori di 6 mesi)

Congedo per Malattia del figlio/a (Decreto legislativo 151/01 art. 47)

(gg. 30, retribuiti al 100%, per ciascun anno di età del bambino, nei primi tre anni di vita del figlio)

Congedo per Malattia del figlio/a (Decreto legislativo 151/01 art.47)

(gg. 5 senza assegni per ogni anno di età del bambino, dal terzo all'ottavo anno di vita)

DICHIARA

• Che ha già fruito nell'anno _____ / _____ di n. _____ giorni di permesso retribuito per _____;

• Che il/la bambino/a è nato/a il _____;

• Che l'altro genitore NON usufruisce di analogo beneficio durante il periodo suddetto (allega autocertificazione)

Allega la seguente documentazione:

Data _____

Firma _____