



Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
matricola \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**chiede**

di fruire del CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO, ai sensi del D.Lgs. n.151/2001, Artt. 47, 48, 49, 50 e 51 per il seguente periodo:

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

per il bambino \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- proprio figlio naturale                       minore adottato o affidato

Allega alla presente certificazione sanitaria rilasciata da medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato

Il/La sottoscritto/a autorizzano l'Università degli Studi di Foggia al trattamento dei propri dati personali per finalità strettamente connesse con la trattazione della presente domanda

Il/La richiedente

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**N.B.: SCRIVERE IN STAMPATELLO E BARRARE LE CASELLE CHE INTERESSANO**

**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 28/12/2000, N. 445 (D.Lgs. n. 151/2001, Art. 51)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

dichiara

che l'altro genitore / affidatario \_\_\_\_\_

- lavoratore dipendente presso \_\_\_\_\_

non è in astensione dal lavoro negli stessi giorni per il medesimo motivo

- non ha diritto all'astensione dal lavoro per malattia del bambino in quanto \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL RESPONSABILE DI STRUTTURA**