PERSONALE a T.I. e T.D.
(Vari congedi parentali)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo I°
IVREA

Il/la sottoscritt_____ in servizio presso codesta istituzione scolastica statale con contratto a tempo indeterminato / determinato in qualità di:
|_| A.T.A. : profilo: _____
|_| DOCENTE : scuola _____

C H I E D E

DI ASSENTARSI PER:

|_| **Congedo parentale entro il 12° anno di vita del bambino:** 1. Sino al compimento del 6° anno (con retribuzione intera i primi 30 gg. e i restanti al 30%) 2. Dal 6° anno fino al compimento dell'8° anno (con retribuzione intera i primi 30 gg. e i restanti al 30% con limiti di reddito) 3. Dall'8° anno fino al compimento del 12° anno (con retribuzione intera i primi 30 gg. e i restanti senza retribuzione)	dal_____ al _____ gg.____ dal_____ al _____ gg.____ dal_____ al _____ gg.____ dal_____ al _____ gg.____
|_| **Congedo parentale per malattia del figlio di età inferiore a 3 anni:** (30 gg. retribuiti al 100% per ogni anno di vita del bambino)	dal_____ al _____ gg.____ dal_____ al _____ gg.____ dal_____ al _____ gg.____ dal_____ al _____ gg.____
|_| **Congedo parentale per malattia del figlio di età compresa fra 3 e 8 anni:** (5 gg. non retribuiti per anno scolastico)	dal_____ al _____ gg.____ dal_____ al _____ gg.____ dal_____ al _____ gg.____ dal_____ al _____ gg.____

Il/la sottoscritt__ **DICHIARA che**:
1) __|__ figli__ _____è nat_ il _____ a_____
2) Il proprio reddito ammonta a Euro (solo per congedo parentale tra i 6 e gli 8 anni di età):
_____
3) di avere usufruito della medesima assenza nei seguenti periodi precedenti:
dal_____ al _____ gg.____ sede di servizio_____
dal_____ al _____ gg.____ sede di servizio_____
dal_____ al _____ gg.____ sede di servizio_____
dal_____ al _____ gg.____ sede di servizio_____
dal_____ al _____ gg.____ sede di servizio_____
dal_____ al _____ gg.____ sede di servizio_____
dal_____ al _____ gg.____ sede di servizio_____
dal_____ al _____ gg.____ sede di servizio_____
dal_____ al _____ gg.____ sede di servizio_____
dal_____ al _____ gg.____ sede di servizio_____
dal_____ al _____ gg.____ sede di servizio_____

Allega: |_| attestazione nascita del bambino |_| certificato malattia del bambino.

Ivrea _____ _____

^^^