l   sottoscritt

in servizio presso codesto istituto nella scuola

(riportare denominazione plesso)

in qualità di **DOCENTE** con contratto

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  a tempo indeterminato  | [ ]  Titolare[ ]  Assegnazione provvisoria/utilizzazione/L.100 |
| [ ]  a tempo determinato | [ ]  Annuale fino al 31/8[ ]  Annuale fino al 30/6[ ]  Su posto vacante fino avente diritto[ ]  Per supplenza breve e saltuaria |

**COMUNICA**

di assentarsi dal lavoro per malattia del bambino, ai sensi dell’art. 7 della legge 30/12/1971 n. 1204, come modificato dall’art.3 della

legge n. 53 dell’8 marzo 2000, quale genitore di .......................................................................... nato il ......................................

* **PER IL PERIODO DAL ................ AL .........................(TOTALE GIORNI ...............),** come da certificato di malattia rilasciato

 da........................................................

A tal fine dichiara, ai sensi dell’art. 47 del DPR 445/2000, consapevole della responsabilità penale per false attestazioni (art. 76) che l’altro genitore............................................................ nato a ..................................................il ........................., nello stesso periodo non è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo, perché (\*):

1. non è lavoratore dipendente;
2. pur essendo lavoratore dipendente da (*indicare con esattezza il datore di lavoro dell’altro genitore e l’indirizzo della sede di servizio e l’indirizzo email) ...................................................................................................................................,* non intende usufruire dell’assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

Dichiara inoltre che, nel ……… anno di vita di mio figlio ………………………………. , ha usufruito di n. …….. giorni di congedo per malattia bambino.

Dichiara inoltre che l’altro genitore............................................................ nato a ..................................................il ...............................,

ha usufruito nel ………. anno di vita del figlio ……………………………… ha usufruito di n. ………. giorni di congedo malattia bambino.

Ancona .................................. Firma

 ....................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Conferma dell’altro genitore)***

Io sottoscritto/a, ................................................................................., ai sensi dell’art. 47 del DPR 445/2000, consapevole della responsabilità penale conseguente a false attestazioni ai sensi dell’art. 76 DPR 445/2000 dichiaro sotto la mia responsabilità di confermare la contestuale dichiarazione del Sig...............................................................................

............................., li........................ Firma

 .................................................

### *Dichiara, inoltre, di aver ricevuto l’informativa* ***DI CODESTA SCUOLA*** *ai sensi del GDPR 679/2016 art. 13, del D****.****Lgs****.*** *196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali» e del D.Lgs****.*** *101 del 2018 Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio.*

Ancona, …………………… …………………………………

 *luogo e data Firma del Dichiarante*

(\*) barrare con una crocetta quella delle due opzioni che interessa

Firma per presa visione

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

 Prof.ssa Lucia Cipolla

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_