

Al Dirigente Scolastico
Istituto Superiore Polispecialistico San Paolo
Sorrento (NA)

OGGETTO: *Richiesta concessione congedo per malattia figlio ai sensi dell'art. 47 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151.*

Il/la sottoscritto/a Prof./Prof.ssa _____
nat_ a _____ il _____,
in servizio presso questo Istituto in qualità di docente con contratto di lavoro a
tempo _____

c o m u n i c a

che, ai sensi dell'art. 47 del decreto legislativo 26 marzo 2001 n. 151, e successive
modificazioni, si asterrà dal lavoro per malattia del__ figli_, nat__ a _____
il ___/___/___ dal ___/___/___ al _____ (per giorni
_____).

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, che
l'altro genitore _____
nato/a a _____ il ___/___/___, nello
stesso periodo non trovasi in astensione dal lavoro per malattia del bambino.

Allega certificato di malattia rilasciato da _____(a).

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesta Scuola ai sensi del GDPR 2016/679 «Regolamento UE in materia di protezione dei
dati personali», di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono
richiesti e che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale Regolamento.

Sorrento, _____

In Fede

(a) *Il certificato deve essere rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato.*