



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
C.P.I.A. Centro Provinciale Istruzione Adulti



Viale San Marco n.67 - MESTRE - VENEZIA Tel 0418897830
E mail VEMM161005@istruzione.it – Posta certificata: VEMM161005@pec.istruzione.it
Cod. Meccanografico VEMM161005 – Codice fiscale 90171460273 - CUF UFVAAT

DP MOD 2

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____

docente **scuola primaria** docente **scuola secondaria I grado** **ATA**

a tempo **indeterminato** **determinato**

in servizio presso CPIA sede di erogazione di _____ dipendente da questo Istituto,
comunica alla S.V. di usufruire¹:

dal _____ al _____ di complessivi gg. _____ di

malattia figli ____ nat ____ il _____

Data, _____

Firma _____

Il Dirigente Scolastico
Dott. Carlo Vignato

¹ Questo modulo va utilizzato per le malattie dei figli inferiori agli 8 anni:

- da 0 a 3 anni spetta 1 mese per ogni anno di età del bambino con diritto alla retribuzione per intero
- dai 3 agli 8 anni spettano 5 giorni per anno, ma senza retribuzione

Va allegata autocertificazione da cui risulti che l'altro genitore non è in astensione dal lavoro negli stessi giorni per il medesimo motivo