

*MINISTERO dell'ISTRUZIONE E DEL MERITO*

*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

**ISTITUTO COMPRENSIVO "PIAZZA WINCKELMANN"**

*P.zza J. J. Winckelmann, 20 - 00162 ROMA – Cod. RMIC8EC00C*

*Tel. 06/86219146 – Codice Fiscale 97713670582 - Codice Univoco Ufficio* ***UF9CBP***

*e-mail* *rmic8ec00c@istruzione.it* – PEC *rmic8ec00c@pec.istruzione.it* *–* [*www.icpiazzawinckelmann.edu.it*](http://www.icpiazzawinckelmann.edu.it/)

**Al Dirigente Scolastico dell’I.C. *“Piazza Winckelmann”* - Roma**

**OGGETTO: CONGEDI PARENTALI** (art. 12 CCNL 2006/0+D.lgs 151/01)

(Personale Docente e A.T.A. con contratto a T.I. e T.D.)

..l.. sottoscritt.. nat.. a

(Cognome e Nome)

il in servizio presso questo istituto scolastico in qualità di

(Docente / A.T.A)

con contratto di lavoro a **TEMPO INDETERMINATO / DETERMINATO**:

RICHIEDE

La concessione di giorni di permesso retribuito dal al per

* Congedo Parentale (Decreto legislativo 151/01 art. 32 comma 1)

(I primi 30 gg. sono retribuiti per intero; oltre i 30 gg. fino al terzo anno di vita del bambino, spetta un indennità pari al 30% della retribuzione per un periodo massimo complessivo tra i genitori di 6 mesi)

* Congedo per Malattia del figlio/a (Decreto legislativo 151/01 art. 47)

(gg. 30, retribuiti al 100%, per ciascun anno di età del bambino, nei primi tre anni di vita del figlio)

* Congedo per Malattia del figlio/a (Decreto legislativo 151/01 art.47)

(gg. 5 senza assegni per ogni anno di età del bambino, daI terzo all’ottavo anno di vita)

D I C H I A R A

* Che ha già fruito nell’anno / di n. giorni di permesso retribuito per

 ;

* Che il/la bambino/a è nato/a il ;
* Che l’altro genitore NON usufruisce di analogo beneficio durante il periodo suddetto (allega autocertificazione)

Allega la seguente documentazione:

Data Firma