



**Ministero dell'Istruzione**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "XXV APRILE" - CIVITA CASTELLANA**  
0761 513060- fax 0761/513362 - vtic81600g@istruzione.it www.ic25aprile.edu.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO XXV APRILE  
CIVITA CASTELLANA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_  
comunico che intendo assentarmi da lavoro per malattia del bambino, ai sensi dell'art. 47 del  
D.L/vo 151 del 26/03/2001, quale genitore di \_\_\_\_\_, nato  
il \_\_\_\_\_, per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (totale giorni \_\_\_\_\_) come  
da certificato medico rilasciato da \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

---

(Dichiarazione dell'altro genitore)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ quale genitore di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_, ai sensi  
dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, che nel predetto periodo non sono in astensione dal la-  
voro per lo stesso motivo, perché:  
non sono lavoratore dipendente;  
pur essendo lavoratore dipendente da (indicare con esattezza il datore di lavoro dell'altro genito-  
re e l'indirizzo della sede di servizio)

\_\_\_\_\_

non intendo usufruire dell'assenza dal lavoro per le stesse motivazioni.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_