



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede Legale: Viale Della Vittoria 321 – P.Iva e C.F. 02570930848

Al Responsabile dell'U.O. di _____

(n.b. di appartenenza del dipendente)

All'Ufficio Rilevazione Presenze del:

Oggetto: **Richiesta di congedo per malattia figlio/a – Art. 47 D. L.vo n° 151/01.**

__l__ Sottoscritto/a _____ Matr. N° _____ dipendente di questa
Azienda Sanitaria, in servizio c/o il _____ con la qualifica
di : _____

CHIEDE

di potersi assentare dal servizio dal _____ al _____
per giorno/i _____ per accudire __l__ figlio/a _____
nato/a _____ il _____ di età _____ come da allegato certificato
medico.

AUTOCERTIFICA

sotto la propria responsabilità, che l'altro genitore Sig. _____
nato/a _____ il _____ dipendente presso l'Ente : _____
_____ non usufruisce per lo stesso periodo del
congedo di cui alla citata legge, **e che entrambi genitori non hanno ancora superato il limite dei
trenta giorni cumulativi spettanti per anno di vita del bambino.**

Si allega:

(X) Documento di riconoscimento - (X) Certificato medico per il figlio/a

_____ Li _____

Il Dipendente
