



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA

ISTITUTO COMPRENSIVO "CARLO EMANUELE BUSCAGLIA"

VIA PAISIELLO, 2 - 20092 CINISELLO BALSAMO (MI)

Tel. 0261290728 – Tel./Fax. 0266049026 - Codice Fiscale: 85018650151 - Codice Meccanografico: MIIC8AQ005

e-mail miic8aq005@istruzione.it – e-mail pec miic8aq005@pec.istruzione.it

sito internet www.icbuscaglia.gov.it

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: CONGEDO PARENTALE
(Art. 32 D.L. 151/2001)

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di: Docente

Direttore Amministrativo Assistente Amministrativo Collaboratore Scolastico

a tempo indeterminato determinato

dichiarando sotto la propria responsabilità che il/la proprio/a figlio/a _____

è nato/a il _____ a _____

è stato/a adottato/a il _____ (indicare la data dell'ingresso in famiglia)

CHIEDE

di poter usufruire di congedo parentale dal _____ al _____ per N. ____ giorni.

A tal fine dichiara che il congedo parentale fino ad oggi fruito dal/dalla sottoscritto/a insieme all'altro

genitore sig./sig.ra _____ nato/a il _____ a _____

_____ è relativo ai seguenti periodi:

Genitore (madre/padre)	dal	al	N. giorni (madre)	N. giorni (padre)
TOTALE GIORNI FRUITI DALLA MADRE				
TOTALE GIORNI FRUITI DAL PADRE				

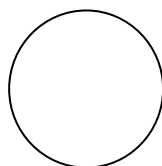
Data _____ (firma del dipendente) _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. n. 196 del 30 Giugno 2003- Codice in materia di protezione dei dati personali).

Data _____ (firma del dipendente) _____

Riservato all'ufficio	Prot. N. _____/FP del _____
------------------------------	-----------------------------

VISTO, si concede
 non si concede
con retribuzione
 INTERA
 RIDOTTA al _____%



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Paola Spadoni