



**COMUNE DI SAVIGLIANO**

Al Segretario Generale  
o  
al Responsabile del ..... Settore

All'Ufficio "Gestione del Personale"

SEDE

**OGGETTO: COMUNICAZIONE FRUIZIONE PERMESSI NON RETRIBUITI PER MALATTIA FIGLIO TRE – OTTO ANNI (art. 47 – D.lgs. 151/2001)**

Il/la sottoscritto/a ....., in servizio presso il Comune di Savigliano, con contratto a tempo indeterminato e rapporto di lavoro a tempo pieno / parziale .....% di tipo (orizzontale, verticale, misto) in qualità di ..... categoria ....., posizione economica..... Settore .....

**COMUNICA**

che intende fruire del congedo per malattia del proprio figlio.....nato a..... per il seguente periodo:  
dal..... al..... per complessivi giorni..... oppure il ..... come da certificato medico allegato.

*(N.B. max 5 giorni lavorativi all'anno per ciascun genitore e per ciascun figlio - in caso di adozione si può presentare la stessa richiesta e vale sino al compimento del 12° anno di età)*

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, dichiara che l'altro genitore non fruisce contemporaneamente dell'astensione per malattia del bambino.

Data.....

Il/la dipendente

Firma.....

\*\*\*\*\*

**Visto**

Savigliano, \_\_\_\_\_

Il Segretario Generale / Il Responsabile del Settore

\_\_\_\_\_