

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

La/Il sottoscritta / o _____
nata/o a _____.(____) il _____
residente in _____ (____) via _____ n. _____
consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di
atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 del D.Lgs. 26.3.2001 n. 151)

che l'altro genitore: cognome e nome _____
nato/a il _____ a _____
che presta servizio presso _____
nel periodo di riferimento della presente richiesta di astensione malattia figlio/a non sta
usufruendo del medesimo istituto a favore del/della figlio/a malato/a.

Trieste, _____

Firma per esteso

(*) La suddetta dichiarazione è richiesta ai fini della corretta applicazione dell'art.47, comma 1, del D.lgs. n.151/2001, il quale dispone che per malattia di ogni figlio di età non superiore a 3 anni, entrambi i genitori, alternativamente, hanno diritto di astenersi dal lavoro per periodi corrispondenti alle malattie di ciascun figlio, fino a un massimo di 30 giorni retribuiti per anno di vita del bambino fino alla data del compleanno compresa. I giorni eccedenti i primi 30 sono senza retribuzione.
-Nel caso di malattia figlio di età compresa tra i 3 e i 14 anni, ciascun genitore ha diritto alternativamente a un massimo 10 giorni non retribuiti per anno di vita del bambino fino alla data del compleanno compresa.
-Se la firma non viene apposta in presenza di un funzionario, allegare la fotocopia del documento d'identità valido.