



**ISTITUTO COMPRESIVO DI SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO "RIVA 1"**

38066 RIVA DEL GARDA – V.le D.Chiesa, 12 – tel. 0464/553088 fax 0464/562990 [www.rival1.it](http://www.rival1.it) - e mail [sagr.rival1@scuole.provincia.tn.it](mailto:sagr.rival1@scuole.provincia.tn.it)

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo "Riva 1"  
RIVA DEL GARDA

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
insegnante a tempo determinato/indeterminato in servizio presso questo Istituto  
Comprensivo nella Scuola \_\_\_\_\_ nel corrente anno scolastico,

**CHIEDE**

**di poter usufruire dal ..... al .....per complessivi  
mesi ..... e giorni ..... per:**

- interdizione dal lavoro per complicanze della gestazione** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (data presunta parto \_\_\_\_\_)
- congedo obbligatorio pre-parto fine 7° mese** (data presunta del parto \_\_\_\_\_)
- congedo obbligatorio pre-parto fine 8° mese** (data presunta del parto \_\_\_\_\_)
- congedo obbligatoria puerperio** tre o quattro mesi dopo il parto del figlio \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_
- congedo parentale** retribuito al 100% (30 giorni) entro i primi 3 anni di vita del figlio \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ (in alternativa ai 30 gg di malattia)
- congedo parentale** retribuito al 30 % entro i primi 12 anni di vita del figlio \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_
- riduzione oraria per allattamento** per il figlio/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ n. ore \_\_\_\_\_ settimanali dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (orario di lavoro da concordare con il Dirigente Scolastico)

- Permesso retribuito** per effettuazione esami prenatali (retribuiti al 100% - si allega certificazione medica ed autocertificazione per tempo viaggio)
  
- Aspettativa non retribuita** entro il decimo anno del figlio (massimo un anno frazionabile a mese). Non può essere concessa al personale con contratto a termine.
  
- congedo per malattia del figlio** \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_: **entro il primo anno di età un mese retribuito al 100%** (in alternativa ai primi 30 giorni di congedo parentale retribuito); **nel 2° e nel 3° anno di vita del bambino 30 gg. retribuiti al 100%**
  
- congedo per malattia del figlio** \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ **dopo il 3° e fino all' 8° anno di vita** (massimo 10 giorni annui non retribuiti con copertura previdenziale)
  
- congedo obbligatorio nascita figlio (congedo paternità - D.Legisl. 105/22) per il figlio** \_\_\_\_\_ **data presunta del parto** \_\_\_\_\_ **data parto**\_\_\_\_\_.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

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 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese

**DICHIARO**

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 che l'altro genitore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ lavoratore dipendente/autonomo presso \_\_\_\_\_ nello stesso periodo non si trova in \_\_\_\_\_ e che lo stesso ha / non ha usufruito dei seguenti periodi di \_\_\_\_\_:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Riva del Garda \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ( firma )

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

Il dipendente ha già fruito di mesi \_\_\_\_\_ e di giorni \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ per la/il figlia/o \_\_\_\_\_, rimangono da usufruire mesi \_\_\_\_\_ e giorni \_\_\_\_\_

Allegati:

- documentazione giustificativa
- certificazione medica
- altro .....

\_\_\_\_\_  
 (il responsabile del procedimento)

**ANNOTAZIONI**

---



---



---



---

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
 dott.ssa Paola Bortolotti