



Provincia di BARLETTA – ANDRIA – TRANI
Piazza Umberto I – 76123 - ANDRIA
CF: 81001210723 - P.IVA: 00956770721
Tel. 0883/290306 - Fax. 0883/290225
**Settore Programmazione Economico Finanziaria-Tributi-
Politiche Comunitarie-Partecipazioni Societarie-Risorse Umane**

Al Sig. Dirigente del Servizio Risorse Umane

Al Sig. Dirigente del Settore N. _____

LORO SEDI

**Oggetto: Richiesta di congedo per malattia del figlio minore di tre anni (artt. 47-52
D. Lgs. 151/2001).**

Il/la sottoscritto/a: _____, nato/a in _____
il _____ e residente in _____ alla
Via _____ tel _____ Settore _____
_____ matricola n. _____

COMUNICA

di usufruire o ha usufruito della prestazione lavorativa per la durata della malattia del
figlio _____ nato in _____ il _____, nei
giorni _____. A tal fine il sottoscritto:

- presenta idoneo certificato medico rilasciato dal Pediatra di libera scelta, attestante la malattia del figlio e la durata del periodo per cui necessita assistenza;
- dichiara, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, che il coniuge non ha utilizzato lo stesso periodo e per le stesse motivazioni, il congedo in oggetto.

Andria, _____

Visto: il Dirigente del Settore
