



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE  
"E. Ruffini - D. Aicardi"  
CONVITTO ANNESSO

## CONGEDO PER PATERNITA' (astensione obbligatoria post-partum)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in servizio presso  
codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

Con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato, comunica che

- La propria coniuge \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ è affetta da "grave infermità", come da allegata certificazione medica
- La propria coniuge, \_\_\_\_\_  
Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ha abbandonato la famiglia, come da allegata dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/00
- La propria coniuge \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ è deceduta in data \_\_\_\_\_  
come da allegata certificazione
- Il/la/i le figlio/a figli/ie \_\_\_\_\_  
nato/a/i/ e a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
è/sono stato/a/i/e dato/a/i/e in mio affidamento esclusivo, come da allegata documentazione

Pertanto, chiede l'applicazione dell'art. 28 del D.L.vo 151/01, a decorrere dal \_\_\_\_\_  
e fino al termine di cui all'art. 16 lettera c) nonché lettera d) © del sopra citato D.L.vo

Allega certificato di nascita del/della/dei/delle figlio/a/figli/ie.

Il sottoscritto fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere effettuate al seguente indirizzo:  
città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Arma di Taggia

Firma

\_\_\_\_\_