



**SCUOLA PONTIFICIA PAOLO VI**  
Scuola Primaria e Secondaria di Primo Grado Paritaria  
Via Ercolano, 11 - 00073 Castel Gandolfo Roma

RISERVATO ALL'UFFICIO

Prot. N.

del

Al Coordinatore Didattico  
Scuola Pontificia Paolo VI

**OGGETTO : Richiesta di congedo parentale per malattia del figlio fino a 3 anni di vita del bambino.**

Il / la sottoscritta \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto

Istituto in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Numero giorni \_\_\_\_\_ (dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_) di congedo parentale per malattia del figlio

\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_.

Dichiara che il proprio coniuge non usufruirà di detto permesso nello stesso periodo.

Allega il certificato medico.

data \_\_\_\_\_

Il Dipendente