



OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE

RICHIESTA CONGEDO MALATTIA FIGLIO

(30 giorni retribuiti da 0 a 3 anni
5 giorni non retribuiti 3 a 8 anni)

(da presentare obbligatoriamente con allegato certificato medico
entro 3 giorni dalla data di decorrenza se inizio malattia
ed entro 2 giorni se è una proroga)

Genova, _____

All'Ufficio Personale
dell'Ospedale Evangelico Internazionale
Sal. Super. S. Rocchino, 31 a
16122 GENOVA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il

_____ dipendente presso questo Ente in qualità di
_____ chiede di poter usufruire, ai sensi dell'art.

l'art. 47 del D. Lgs. 26/3/2001 n.151, di

_____ mesi o _____ giorni di congedo per la malattia figlio

▪ retribuito sino ai 3 anni (30 giorni all'anno)

▪ non retribuito dai 3 agli 8 anni (5 giorni all'anno)

dal _____ al _____,

per accudire il figlio/a _____ di anni _____

nato il _____.

Distinti saluti.

DICHIARO CHE l'altro genitore (padre o madre) ha usufruito dal _____

Data ultimo compleanno

Al _____ di giorni: _____ e che non usufruisce di malattia figlio nello stesso periodo

Data antecedente la malattia
