

# ISTITUTO TECNICO "Garibaldi/Da Vinci" CESENA

e-mail certificata: [fota03000r@pec.istruzione.it](mailto:fota03000r@pec.istruzione.it)



**Agraria, Agroalimentare e Agroindustria  
ex-Istituto tecnico agrario statale  
G. Garibaldi**

(Amministrazione e presidenza)  
Via Savio, 2400  
47522 CESENA

tel. 0547/330603 - fax 0547/330740  
e-mail: [agrario@garibaldidavinci.gov.it](mailto:agrario@garibaldidavinci.gov.it)  
cf.: 90071650403

[agrariocesena.it](http://agrariocesena.it)



**Costruzioni, Ambiente e Territorio  
ex-Istituto tecnico statale per geometri  
L. Da Vinci**

(Sezione associata)  
P.zza G. Sanguinetti, 44  
47521 CESENA

tel. 0547/25307 - fax 0547/24140  
e-mail: [geometri@garibaldidavinci.gov.it](mailto:geometri@garibaldidavinci.gov.it)

[geometricesena.it](http://geometricesena.it)

**AI DIRIGENTE SCOLASTICO**

## CONGEDI PARENTALI

### **Astensione facoltativa (Artt. 32 e seguenti D. L.vo 26 marzo 2001, n. 151)**

Il sottoscritto .....

Nat...a .....il .....

In servizio presso codesto istituto, in qualità di ....., comunica che, ai sensi dell'art. 32, del D. L.vo n. 151/2001,

intende fruire dell'astensione facoltativa per accudire il proprio figlio / a ..... nato il.....

Dal giorno..... Al giorno..... per complessivi giorni .....

Ai fini della retribuzione dichiara:

1) di non avere finora fruito di analoghi congedi;

di avere già fruito personalmente, dalla nascita del proprio figlio ad oggi, di congedi per astensione facoltativa complessivamente per n..... giorni;

2) Che il coniuge, ....., dalla nascita del proprio figlio ad oggi, non ha fruito di alcun periodo di astensione facoltativa;

ha fruito personalmente, dalla nascita del proprio figlio ad oggi, di congedi per astensione facoltativa nei giorni dal ..... al ..... ; dal ..... al ..... ; dal ..... al ..... ; dal ..... al ..... ; per complessivi giorni.....

Cesena,

*La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art.47 del D.L. 28/02/2000 n.443. Si allega fotocopia del documento di identità dei dichiaranti art.38 D.L. 443-2000*

Firma del dipendente .....

Firma del coniuge .....

**Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di essere consapevole che durante il periodo di astensione non è possibile l'esercizio di alcuna attività lavorativa o professionale.**

Firma del dipendente .....

- Emesso decreto
- Trascritto nel registro delle sostituzioni

**VISTO**

**Accertata la legittimità della richiesta, si concede**

Il Dirigente scolastico

*Camillo Giorgi*

- Per la durata del periodo di astensione viene revocata l'autorizzazione all'esercizio della libera professione concessa, per l'anno scolastico corrente, in data .....

Il Dirigente scolastico  
*Camillo Giorgi*

BROGLIACCIO	GES TIME	SISSI	SIDI	LEVRINI	AssenzeNET