

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART.47 LEGGE 445/2000**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ **nato il** \_\_\_\_\_ **a**

\_\_\_\_\_ **residente a** \_\_\_\_\_

**in via** \_\_\_\_\_ **c.f.** \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**di non usufruire di congedo parentale ai sensi della legge 151/91 per la malattia del proprio**

**figlio/a** \_\_\_\_\_ **nel periodo dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_.

**In fede**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
*Luogo, data*