

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p>RICHIESTA DI CONGEDO DI PATERNITA' in caso di adozione/affidamento</p>	

**Servizio Unico
Metropolitano
Amministrazione Giuridica
del Personale**

Al Direttore del Servizio Unico Metropolitano
Amministrazione Giuridica del Personale

Il sottoscritto _____ dipendente di
(Azienda) _____ in qualità di _____
presso (reparto/servizio) _____ con rapporto di lavoro
 a tempo determinato a tempo indeterminato

DICHIARA

di fruire, per il/la figlio/a adottivo/in affidamento _____ (indicare
nome e cognome del minore), nato/a il _____ a _____, entrato effettivamente in
famiglia dal _____, (si alleggi documentazione idonea)

di un periodo di:

congedo di paternità obbligatorio (la richiesta deve essere comunicata con un anticipo non inferiore
a CINQUE giorni.)
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____

congedo di paternità alternativo dal _____ al _____

nel solo caso di adozione internazionale:

congedo non retribuito per il periodo di permanenza all'estero richiesto dalla procedura adottiva,
dal _____ al _____

congedo di paternità alternativo per il soggiorno all'estero richiesto dalla procedura adottiva,
prima dell'ingresso del minore in Italia, dal _____ al _____

congedo di paternità obbligatorio dal _____ al _____

IL RICHIEDENTE

Data _____

Visto, il responsabile/coordinatore/referente _____
(timbro e firma)