

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
RICHIESTA DI CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO	
Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale	

Al Direttore del Servizio Unico Metropolitano
Amministrazione Giuridica del Personale

Il/la sottoscritto/a _____ dipendente dell'Azienda/Istituto _____
in qualità di _____ presso (reparto/servizio) _____

con rapporto di lavoro ☐ a tempo determinato ☐ a tempo indeterminato

CHIEDE

di fruire per il/la figlio/a nato/a o adottato/a o in affidamento _____
(indicare nome e cognome del minore)
nato/a il _____ a _____ o entrato effettivamente in famiglia/Italia dal _____,
di un periodo di **congedo per la malattia del figlio**

☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 100% per massimo 30 giorni (per anno di età del bambino fino a 3 anni)
☐ dal _____	al _____	senza retribuzione oltre il 30° giorno (per anno di età del bambino fino a 3 anni)
☐ dal _____	al _____	senza retribuzione per massimo 10 giorni per anno di età del bimbo (dal 3° al 14°anno)

A tal fine allega il certificato medico, rilasciato dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato.

IL RICHIEDENTE

Data _____

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

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
RICHIESTA DI CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO		Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000**

Il/la sottoscritto/a _____, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

☐ di non aver usufruito per il medesimo figlio di periodi di congedo per malattia del figlio presso altri datori di lavoro

☐ di aver usufruito per il medesimo figlio di periodi di congedo per malattia del figlio presso _____
(indicare il datore di lavoro, in caso di rapporto di lavoro subordinato)

☐ dal _____ al _____ con retribuzione al 100%

☐ dal _____ al _____ senza retribuzione

DICHIARA INOLTRE

☐ che l'altro genitore _____
(indicare nome e cognome dell'altro genitore)

con rapporto di lavoro ☐ subordinato ☐ autonomo

presso _____
(indicare il datore di lavoro dell'altro genitore, se lavoratore subordinato)

☐ non ha usufruito per il medesimo figlio di periodi di congedo per malattia del figlio presso altri datori di lavoro

☐ ha usufruito per il medesimo figlio di periodi di congedo per malattia del figlio presso _____
(indicare il datore di lavoro, in caso di rapporto di lavoro subordinato)

☐ dal _____ al _____ con retribuzione al 100%

☐ dal _____ al _____ senza retribuzione

FIRMA

Data _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA

Data _____