

 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 PARENTALE anche in caso di adozione/affidamento		Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale

Al Direttore del Servizio Unico Metropolitan
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
☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale: ☐ orizzontale
☐ verticale
☐ misto

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 parentale a giorni**

☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 100%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione all' 80%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 30%
☐ dal _____	al _____	senza retribuzione

☐ **congedo parentale a mezza giornata**

☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 100%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione all' 80%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 30%
☐ dal _____	al _____	senza retribuzione

☐ **congedo parentale a ore (ai sensi dell'art. 45 CCNL Personale Comparto Sanità 2022-2024)**

☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 100%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione all' 80%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 30%
☐ dal _____	al _____	senza retribuzione

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 PARENTALE anche in caso di adozione/affidamento		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 parentale presso altri datori di lavoro

☐ di aver usufruito per il medesimo figlio presso altro datore di lavoro _____
Indicare quali

dei seguenti periodi di

☐ congedo parentale a giorni

☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 100%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione all' 80%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 30%
☐ dal _____	al _____	senza retribuzione

☐ congedo parentale a mezza giornata

☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 100%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione all' 80%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 30%
☐ dal _____	al _____	senza retribuzione

☐ congedo parentale a ore (ai sensi dell'art. 45 CCNL Personale Comparto Sanità 2022-2024)

☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 100%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione all' 80%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 30%
☐ dal _____	al _____	senza retribuzione

 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 PARENTALE anche in caso di adozione/affidamento		Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale

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 parentale presso altri datori di lavoro

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

☐ congedo parentale a giorni

☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 100%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione all' 80%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 30%
☐ dal _____	al _____	senza retribuzione

☐ congedo parentale a mezza giornata

☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 100%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione all' 80%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 30%
☐ dal _____	al _____	senza retribuzione

☐ congedo parentale a ore (ai sensi dell'art. 45 CCNL Personale Comparto Sanità 2022-2024)

☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 100%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione all' 80%
☐ dal _____	al _____	con retribuzione al 30%
☐ 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 _____