

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</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 PARENTALE anche in caso di adozione/affidamento</p> <p>Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale</p>	

Al Direttore del Servizio Unico Metropolitan
Amministrazione Giuridica del Personale

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

- a tempo pieno
 a tempo determinato
 a tempo indeterminato
 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/in 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 ore (mezze giornate)
- | | | |
|-----------|----------|--------------------------|
| 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)

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</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 PARENTALE anche in caso di adozione/affidamento</p> <p>Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale</p>	

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
AI SENSI DELL'ART.47 DEL DPR 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. 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 di congedo parentale a giorni presso _____

indicare il datore di lavoro, in caso di rapporto di lavoro subordinato

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

- di aver usufruito per il medesimo figlio di congedo parentale a ore (mezze giornate) presso _____

indicare il datore di lavoro, in caso di rapporto di lavoro subordinato

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

DICHIARA INOLTRE

- che l'altro genitore _____

indicare nome e cognome dell'altro genitore

con rapporto di lavoro presso _____ subordinato autonomo

indicare il datore di lavoro dell'altro genitore, se lavoratore subordinato

segue →

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</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 PARENTALE anche in caso di adozione/affidamento</p>	

Servizio Unico Metropolitan
Amministrazione Giuridica del
Personale

non ha usufruito per il medesimo figlio di periodi di congedo parentale presso altri datori di lavoro

ha usufruito per il medesimo figlio di congedo parentale a giorni presso

indicare il datore di lavoro, in caso di rapporto di lavoro subordinato

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

di aver usufruito per il medesimo figlio di congedo parentale a ore (mezze giornate) presso

indicare il datore di lavoro, in caso di rapporto di lavoro subordinato

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

Data

FIRMA

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.

Data

FIRMA

N.B.: la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a riceverla, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.