

Ai destinatari - Loro sedi

OGGETTO: Comunicazione informativa

In allegato si trasmette l'informativa relativa alle disposizioni previste :

- dalla L. 106/2025 "Disposizioni concernenti la conservazione del posto di lavoro e i permessi retribuiti per esami e cure mediche in favore dei lavoratori affetti da malattie oncologiche, invalidanti e croniche"
- dalla Legge di Bilancio 2026 in merito alle modifiche introdotte in relazione all'istituto del congedo parentale e malattia del figlio
- dal CCNL *comparto sanità* triennio 2022 - 2024 in relazione alla possibilità di fruizione ad ore del congedo parentale

E' allegata anche la modulistica (unica per le 4 Aziende) predisposta per la richiesta dei nuovi istituti e aggiornata per quelli che sono stati oggetto di modifica .

L'informativa contiene inoltre le indicazioni operative riportando gli indirizzi ai quali i dipendenti dovranno inviare le richieste e la documentazione necessaria .

Informaticamente, per la gestione degli istituti, sono state create/modificate ed implementate le causali necessarie alla gestione dei diversi istituti.

Per quanto riguarda i nuovi permessi di cui alla L. 106/2025 è in corso la valutazione circa l'implementazione della richiesta degli stessi tramite il portale del dipendente; forniremo comunicazione nel momento in cui la stessa diverrà operativa.

Si comunica, infine, che l'informativa sarà oggetto di pubblicazione nel portale del dipendente e notizia della stessa verrà data sulle intranet aziendali.

Firmato digitalmente da:

Barbara Lelli

Responsabile procedimento:
Anita Di Cicco

Anita Di Cicco

Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica
del Personale - SUMAGP (SC)

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Sede legale Viale Amendola, 2 - 40026 Imola (BO)
Tel +39.0542.604111 Fax +39.0542.604013
Partita IVA 00705271203

 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

L. n. 106/2025 “Disposizioni concernenti la conservazione del posto di lavoro e i permessi retribuiti per esami e cure mediche in favore dei lavoratori affetti da malattie oncologiche, invalidanti e croniche”

Congedo non retribuito (art. 1)

I dipendenti

- affetti da malattie oncologiche,
- ovvero da malattie invalidanti o croniche, anche rare

che comportino un grado di invalidità pari o superiore al 74 per cento, possono richiedere un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore a ventiquattro mesi.

La sua fruizione decorre dall'esaurimento degli altri periodi di assenza giustificata, con o senza retribuzione, spettanti al dipendente a qualunque titolo.

Durante il periodo di congedo il dipendente:

- conserva il posto di lavoro
- non ha diritto alla retribuzione
- non può svolgere alcun tipo di attività lavorativa.

Il periodo di congedo non è computato nell'anzianità di servizio né ai fini previdenziali.

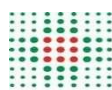
In relazione allo stesso è comunque prevista la possibilità di versamento volontario dei contributi da parte del dipendente.

Per poter fruire dell'istituto è necessario che il dipendente produca al datore di lavoro:

- il verbale attestante la sussistenza della condizione di invalidità con la percentuale pari o superiore al 74 %
- la certificazione che attesti la sussistenza delle patologie normativamente previste che legittimano la fruizione del congedo. Tale certificazione deve essere rilasciata dal medico specialista, operante in una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, che ha in cura il lavoratore.

Decorso il periodo di congedo, il lavoratore, per lo svolgimento della propria attività lavorativa, ha diritto ad accedere prioritariamente, ove la prestazione lavorativa lo consenta, alla modalità di lavoro agile.

Sono comunque fatte salve tutte le disposizioni contrattualmente previste che disciplinano specificatamente la malattia correlata a grave patologia richiedente patologie salvavita (retribuzione al 100% di tutte le assenze effettuate per terapie salvavita ed effetti collaterali conseguenti alle stesse) .

 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 

Si ricorda che al fine di poter beneficiare dell'applicazione contrattualmente prevista è necessario che sussistano e risultino agli atti del datore di lavoro i seguenti requisiti:

- in via preliminare, attestazione di riconoscimento di grave patologia rilasciata dalle competenti strutture medico legali delle Aziende sanitarie locali;
- e successivamente, certificazione attestante I giorni di assenza dovuti a ricovero ospedaliero o day ospital, per effettuazione di terapie salvavita, rilasciata da struttura sanitaria pubblica o convenzionata, o certificazione telematica rilasciata anche dal MMG recante lo specifico flag di terapia salvavita.

Permessi per visite, esami strumentali e cure mediche (art. 2)

Possono fruire dei permessi i dipendenti:

- affetti da malattie oncologiche in fase attiva o in follow-up precoce,
- ovvero da malattie invalidanti o croniche, anche rare,

che comportino un grado di invalidità pari o superiore al 74 per cento.

I permessi possono essere utilizzati per:

- visite
- esami strumentali
- analisi chimico-cliniche e microbiologiche
- cure mediche frequenti

con certificazione del medico di medicina generale o di un medico specialista del SSN o con esso convenzionato attestante la correlazione tra le prestazioni prescritte e lo stato di invalidità riconosciuto.

I permessi di cui trattasi sono riconosciuti anche ai dipendenti con figlio minorenni affetto da:

- malattie oncologiche, in fase attiva o in follow-up precoce,
- ovvero da malattie invalidanti o croniche, anche rare

che comportino un grado di invalidità pari o superiore al 74 per cento.

Successivamente all'effettuazione delle prestazioni prescritte deve essere consegnata al datore di lavoro l'attestazione rilasciata dalla struttura presso cui le stesse sono state effettuate.

Alle ore di permesso è applicato lo specifico trattamento già previsto in relazione alle assenze correlate a gravi patologie (retribuzione al 100%).

 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	

NOVITA' IN MATERIA DI FRUIZIONE DEGLI ISTITUTI A TUTELA DELLA GENITORIALITA'

La **Legge di bilancio 2026** è intervenuta sulla disciplina dei congedi parentali e del congedo di malattia dei figli.

Congedo parentale

Il congedo parentale può essere fruito fino ai 14 anni di età dei figli, anziché 12 come precedentemente previsto.

La modifica riguarda esclusivamente il termine ultimo entro cui il congedo può essere fruito, resta invece immutata la durata complessiva tra i genitori e la relativa retribuzione.

Malattia del figlio

Il congedo per malattia figlio può essere fruito fino ai 14 anni di età dei figli.

I giorni di permesso fruibili tra i 3 e i 14 anni, per ciascun anno di vita del bambino, passano da 5 a 10 per ciascun genitore, ma restano non retribuiti.

I genitori possono fruire dell'istituto in modalità alternativa l'uno all'altro.

Resta invariata la disciplina prevista per l'istituto di cui trattasi in relazione ai giorni di permesso fruibili da 0 a 3 anni, per ciascun anno di vita del bambino.

Congedo parentale su base oraria CCNL Comparto Sanità triennio 2022- 2024

Ai sensi dell'art. 45 del CCNL relativo al personale del Comparto Sanità è stata introdotta la possibilità di fruizione del congedo parentale su base oraria.

I genitori, anche adottivi o affidatari, con rapporto di lavoro, sia a tempo pieno che a tempo parziale possono fruire anche su base oraria dei periodi di congedo parentale, anche solo per parte di essi e/o per periodi definiti.

I congedi parentali ad ore non sono, in ogni caso, fruibili per frazione di ora, ossia per un arco temporale inferiore ad una sola ora, e non riducono le ferie.

 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 	

ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA TRASMISSIONE DELLE RICHIESTE

Si indicano di seguito gli indirizzi e-mail ai quali dovranno essere trasmesse, utilizzando la modulistica allegata, le richieste di:

- congedo non retribuito e permessi di cui alla L. n. 106/2025, personale@ausl.bologna.it;
- congedo parentale e congedo per malattia figlio:
 - dipendenti di Azienda USL di Bologna, seguendo le modalità attualmente in essere o, in alternativa, assenzepresenze.presidio@ausl.bologna.it, assenzepresenze.territorio@ausl.bologna.it, assenzepresenze.personale@ausl.bologna.it;
 - dipendenti di Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi congedoparentale.malattiafiglio-aosp@ausl.bologna.it;
 - dipendenti di Azienda USL di Imola presenze.assenze@ausl.imola.bo.it
 - dipendenti dell'Istituto Ortopedico Rizzoli-IR.C.C.S. di Bologna rilevazione.presenze@ior.it

 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 NON RETRIBUITO (art. 1 L. n. 106/2025)		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) _____,

CHIEDE

di fruire dal _____ al _____ di un periodo di
congedo NON retribuito (massimo 24 mesi), ai sensi dell'art. 1, L. n. 106/2025, in quanto affetto da malattia oncologica, ovvero da malattia invalidante o cronica, anche rara, che comporta un grado di invalidità pari o superiore al 74%.

A tal fine:

- allega il verbale attestante il grado di invalidità pari o superiore al 74% per malattia oncologica o per malattia invalidante o cronica, anche rara, e la certificazione che attesta la sussistenza delle patologie normativamente previste che legittimano la fruizione del congedo. Tale certificazione deve essere rilasciata dal medico specialista, operante in una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, che ha in cura il lavoratore.
- dichiara di essere a conoscenza che il periodo richiesto non è retribuito, non è computato nell'anzianità di servizio né ai fini previdenziali.

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 PERMESSO PER VISITE, ESAMI E CURE MEDICHE (art. 2 L. n. 106/2025)		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) _____

CHIEDE

per ☐ se stesso

☐ il/la figlio/a _____

(indicare nome e cognome del minore)

nato/a il _____ a _____ con codice fiscale _____

in quanto con invalidità pari o superiore al 74% per malattia oncologica, in fase attiva o in follow – up precoce, o per malattia invalidante o cronica, anche rara, di fruire dei permessi per visite, esami strumentali, analisi chimico-cliniche e microbiologiche nonché cure mediche frequenti, ai sensi dell'art. 2, L. n. 106/2025

☐ dalle ore _____ alle ore _____ nella giornata del _____

☐ dalle ore _____ alle ore _____ nella giornata del _____

☐ dalle ore _____ alle ore _____ nella giornata del _____

IL RICHIEDENTE

Data _____

Visto, il Responsabile/coordinatore/referente _____

(timbro e firma)

A tal fine allega:

- verbale attestante la sussistenza della condizione di invalidità con percentuale pari o superiore al 74 %;
- certificazione del medico di medicina generale o del medico specialista del SSN o con esso convenzionato attestante il legame tra e prestazioni prescritte e la malattia oncologica, in fase attiva o in follow-up precoce, o tra le prestazioni prescritte e la malattia invalidante o cronica;
- attestazione rilasciata dalla struttura presso la quale è stata effettuata la prestazione sanitaria prescritta.

 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 Metropolitan 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 _____

 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

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)

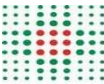
A tal fine allega il certificato medico, rilasciato dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato.

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 _____