

 <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 MATERNITA' in caso di adozione/affidamento</p>	

**Servizio Unico
Metropolitano
Amministrazione Giuridica
del Personale**

Al Direttore del Servizio Unico Metropolitano
Amministrazione Giuridica del Personale

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

CHIEDE

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 allega documentazione idonea)*

di un periodo di:

- congedo di maternità dal _____ al _____
- sospensione del congedo di maternità dal _____ al _____
allegare certificato di ricovero e dimissioni del minore

nel solo caso di adozione internazionale (allegando idonea documentazione):

- congedo non retribuito per il periodo di permanenza all'estero richiesto dalla procedura adottiva,
dal _____ al _____
- congedo di maternità per il soggiorno all'estero richiesto dalla procedura adottiva, prima
dell'ingresso del minore in Italia, dal _____ al _____
- sospensione del congedo di maternità dal _____ al _____
(allegare certificato di ricovero e dimissioni del minore)

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>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 MATERNITA' in caso di adozione/affidamento</p>		<p>Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale</p>

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
AI SENSI DELL'ART.47 DEL DPR 445 DEL 28/12/2000**

Il sottoscritto _____, 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

che l'altro genitore _____
indicare nome e cognome dell'altro genitore

con rapporto di lavoro

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

autonomo

non ha usufruito per il medesimo figlio adottivo/in affido di periodi di congedo di maternità presso altri datori di lavoro

FIRMA

Data _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 Reg. UE 2016/679, 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 _____

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