

 <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 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 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 sottoscritt _____ dipendente di _____ (Azienda)
_____ 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 _____

nato/a il _____ a _____ o entrato effettivamente in famiglia/in Italia dal _____, *indicare nome e cognome del minore*

di un periodo di:

- congedo parentale a giorni
- dal _____ al _____ con retribuzione al 100%
 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 al 30%
 dal _____ al _____ senza retribuzione






IL RICHIEDENTE

Data _____

Visto, il responsabile/coordinatore/referente _____

(timbro e firma)

Data di revisione 13/08/2022	N. Rev. ...	Pagina 1 di 3
Data di applicazione 13/08/2022		

 <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 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 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 al 30%
- 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

segue →

Data di revisione 13/08/2022	N. Rev. ...	Pagina 2 di 3
Data di applicazione 13/08/2022		

 <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 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 al 30%
- dal _____ al _____ senza retribuzione

ha 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 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 _____

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.