

 <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><b>RICHIESTA DI CONGEDO DI PATERNITA' in caso di adozione/affidamento</b></p>	

**Servizio Unico  
Metropolitano  
Amministrazione Giuridica  
del Personale**

Al Direttore del Servizio Unico Metropolitano  
Amministrazione Giuridica del Personale

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dipendente di  
(Azienda) \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
presso (reparto/servizio) \_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro  
 a tempo determinato       a tempo indeterminato

**DICHIARA**

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 alleggi documentazione idonea)

di un periodo di:

**congedo di paternità obbligatorio** (la richiesta deve essere comunicata con un anticipo non inferiore  
a CINQUE giorni.)  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**congedo di paternità alternativo** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**nel solo caso di adozione internazionale:**

**congedo non retribuito per il periodo di permanenza** all'estero richiesto dalla procedura adottiva,  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**congedo di paternità alternativo** per il soggiorno all'estero richiesto dalla procedura adottiva,  
prima dell'ingresso del minore in Italia, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**congedo di paternità obbligatorio** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

Data \_\_\_\_\_

Visto, il responsabile/coordinatore/referente \_\_\_\_\_  
(timbro e firma)