

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna – ISNB (IRCCS)
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (IRCCS)
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

La/Il sottoscritt/a/o _____ matr. _____
in servizio presso _____ con la qualifica di _____
nominativo altro genitore/unico affidatario _____ dipendente
presso _____

CHIEDE

di astenersi dal servizio per congedo parentale straordinario COVID-19 (art. 9, commi 1 e 4, D.L. n. 146/2021)

ricorrendo una delle seguenti condizioni relative al figlio convivente, minore di anni 16:

- sospensione dell'attività didattica o educativa in presenza
- infezione da COVID-19
- quarantena disposta dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente a seguito di contatto ovunque avvenuto

con la retribuzione e per i periodi di seguito indicati:

a) 50% figli con età <14 anni (nome figlio _____) dal _____ al _____

- a mezza giornata (selezionare solamente se non richiesto a giornata intera)

b) 0% (senza contribuzione figurativa) figli 14-16 anni (nome figlio _____)
dal _____ al _____

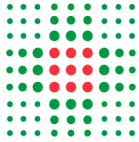
- a mezza giornata (selezionare solamente se non richiesto a giornata intera)

c) ricorrendo una delle seguenti condizioni relative al figlio (nome del figlio _____) con disabilità in situazione di gravità (art. 4 c. 1 L. 104/92) a prescindere dall'età:

- sospensione dell'attività didattica o educativa in presenza o chiusura del centro diurno a carattere assistenziale frequentato dal figlio
- infezione da COVID-19 del figlio
- quarantena del figlio disposta dal Dipartimento di prevenzione dell'ASL territorialmente competente a seguito di contatto ovunque avvenuto dal _____ al _____
 - a mezza giornata (selezionare solamente se non richiesto a giornata intera) con retribuzione al 50%.

Lì, _____

Il/la dichiarante



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Art. 47 – D.P.R. N. 445/2000

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 28.12.2000

D I C H I A R A C H E:

- è in possesso della certificazione del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente, _____ con la quale si dispone la quarantena del minore;
- nel medesimo periodo l'altro genitore non usufruirà di congedo allo stesso titolo;
- per i punti a) e c): è consapevole che, durante il periodo di congedo, è riconosciuta al dipendente un'indennità pari al 50% della retribuzione;
- per il punto b): è consapevole che, durante il periodo di congedo non è riconosciuta al dipendente alcuna retribuzione né alcun contributo figurativo;
- si impegna a comunicare, non appena ne giunga a conoscenza, il termine del periodo di quarantena/sospensione dell'attività didattica/chiusura del centro diurno ovvero la guarigione del figlio;
- è informato ed autorizza, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, al Regolamento UE 2016/679 – GDPR confermato a livello nazionale dal D.Lgs. n. 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Lì, _____

Il/la dichiarante

Visto del Responsabile/Coordinatore
