


 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	 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
<b>RICHIESTA DI CONGEDO DI PATERNITA'</b>	

**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

- che la data presunta del parto è \_\_\_\_\_ *si compili ALLEGATO 2, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. Si ricorda che entro 15 giorni dalla nascita dovrà essere compilata e consegnata anche la dichiarazione sostitutiva di certificazione di nascita*
- che il figlio/a \_\_\_\_\_ è nato/a il \_\_\_\_\_, *si compili ALLEGATO 1, dichiarazione sostitutiva di certificazione di nascita.*

### CHIEDE

di fruire di:

- congedo di paternità obbligatorio** (10 giorni lavorativi o 20 in caso di parto plurimo)  
*(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 \_\_\_\_\_






per le seguenti motivazioni:

- madre deceduta/grave infermità;  
 abbandono;  
 affidamento esclusivo del bambino

**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><b>RICHIESTA DI CONGEDO DI PATERNITA'</b></p> <p><b>Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale</b></p>	

**ALLEGATO 1**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI  
(ART. 46 D.P.R. 28.12.2000 N.445)**

\_\_\_\_\_, sottoscritt \_\_\_\_\_ nat. il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**dichiara,**

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ, CHE

- il figlio/a (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_ è nato/a in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;

C.F. \_\_\_\_\_

ed è figlio/a del/della dichiarante e di \_\_\_\_\_

nat. a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

*È FATTA SALVA LA POSSIBILITÀ DI VERIFICARE LA VERIDICITÀ DEL CONTENUTO DELLA DICHIARAZIONE. NEL CASO IN CUI I DATI INDICATI RISULTINO DIFFORMI, SI APPLICANO LE SANZIONI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445/00. LA DICHIARAZIONE NON VERITIERA COMPORTA, AI SENSI DELL'ART. 75 DEL D.P.R. N. 445/00, LA DECADENZA DAI BENEFICI EVENTUALMENTE OTTENUTI.*

Il / La dichiarante

Bologna, \_\_\_\_\_





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.

Bologna, \_\_\_\_\_

Il / La dichiarante

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

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

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	 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
<b>RICHIESTA DI CONGEDO DI PATERNITA'</b>	

**Servizio Unico  
Metropolitano  
Amministrazione Giuridica  
del Personale**

**ALLEGATO 2**

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

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**dichiara,**

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ, CHE

La data presunta del parto del nascituro è \_\_\_\_\_

*È FATTA SALVA LA POSSIBILITÀ DI VERIFICARE LA VERIDICITÀ DEL CONTENUTO DELLA DICHIARAZIONE. NEL CASO IN CUI I DATI INDICATI RISULTINO DIFFORMI, SI APPLICANO LE SANZIONI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445/00. LA DICHIARAZIONE NON VERITIERA COMPORTA, AI SENSI DELL'ART. 75 DEL D.P.R. N. 445/00, LA DECADENZA DAI BENEFICI EVENTUALMENTE OTTENUTI.*

Bologna, \_\_\_\_\_

Il / La dichiarante

\_\_\_\_\_

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.

Il / La dichiarante

Bologna, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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