SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 –02100 RIETI – Tel. 07462781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

Al Direttore UOC
Politiche del Personale

OGGETTO: Richiesta Congedo parentale - Malattia figlio

Il/La sottoscritto/a_____**matricola n**. _____
in servizio presso _____
con il profilo professionale di _____

☐ CHIEDE, ai sensi dell'art.32 D.lgs 151/01, di essere collocata/o in **astensione facoltativa per maternità / paternità** a decorrere:
dal _____al_____(barrare la casella di interesse)

O Retribuita al 100% (max 30gg); O Retribuita al 30% (max 150 gg.)

☐ CHIEDE, Ai sensi dell'art. 47 D.Lgs 151/01, di essere collocata/o in **astensione per Malattia figlio** a decorrere:
dal _____al_____ (barrare la casella di interesse)

O Retribuita O Non retribuita

*Allegare certificato medico

A tal fine **DICHIARA:**
Di essere a conoscenza del fatto che:
Se le proprie dichiarazioni risultassero false saranno penalmente sanzionabili (art. 76 D.P.R. 445/2000);
Se, a seguito di dichiarazioni false, usufruirà di qualche beneficio, questo risulterà come mai concesso (art.75 D.P.R. 445/2000);
Gli uffici aziendali potranno controllare la veridicità delle dichiarazioni confrontandole con i dati in possesso degli Uffici della Pubblica Amministrazione (art. 71 D.P.R. 445/2000);

☐ Che il **figlio/a** Nome_____Cognome_____è nato/a _____il_____;

☐ Che l'altro genitore_____nato/a a_____il_____
è dipendente presso_____

O che dalla data di nascita del bambino/a **(congedo parentale)**

O che nel ☐ 1 anno ☐ 2 anno ☐ 3 anno **(malattia figlio)**

☐ ha usufruito per il medesimo motivo di giorni n: _____
indicare dettaglio date di fruizione_____

_____

☐ non ne ha mai usufruito;
(per i dipendenti di aziende private allegare certificazione dell'azienda).

☐ Che l'altro genitore_____nato/a a_____il_____è:

☐ lavoratore autonomo; ☐ casalinga; ☐ disoccupato ((barrare la casella che interessa).

Di consentire il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675/96 sulla tutela della privacy.

_____ _____

Data e firma del richiedente Data, Timbro e firma del Responsabile