

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p> <p>REGIONE CALABRIA</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p>	<h1>CONGEDO PARENTALE</h1>	<p>Modello G</p> <p>Pag. 1/5</p>
---	--------------------------------	---

ALLA SEGRETERIA DELL'ARTICOLAZIONE AZIENDALE

Presidio Ospedaliero/Dipartimento Territoriale _____

Il/La sottoscritto/a _____ matricola n. _____

in forza all'Unità Operativa di _____

con rapporto di lavoro a tempo: determinato indeterminato

genitore di un/una bambino/a di nome _____ nato/a il _____

minore di anni 3 maggiore di anni 3 e minore di anni 8

figlio/a adottato/a o dato in affido/a di età ____ (vedi punto 1.2)

figlio con handicap in situazione di gravità

CHIEDE:

di essere collocato in congedo parentale ai sensi dell'art. 32 del D. Lgs. 26.3.2001, n. 151 per i periodi sotto indicati:

1. ENTRO IL 3° ANNO DI VITA DEL BAMBINO

PER I PRIMI 30GG CON RETRIBUZIONE PARI AL 100% IN MODO*: (*Max 30gg complessivi tra i genitori)

CONTINUATIVO: dal _____ al _____

FRAZIONATO:

Dal	Al	In alternativa indicare solo i Giorni settimanali da fruire	Mese

MESI SUCCESSIVI CON RETRIBUZIONE PARI AL 30% IN MODO

CONTINUATIVO: dal _____ al _____ per mesi _____

FRAZIONATO:

Dal	Al	In alternativa indicare solo i Giorni settimanali da fruire	Mese

1.2 ADOZIONE /AFFIDO

Qualora, all'atto dell'adozione o dell'affidamento, il minore abbia un'età non superiore a 6 anni, il diritto a fruire del congedo parentale può essere esercitato fino al compimento dell'8° anno di età con l'intesa che nei primi tre anni dall'ingresso del bambino nella famiglia, e comunque non oltre il 6° anno di età, spetta, per tale astensione, lo stesso trattamento economico e contributivo previsto in favore dei genitori naturali fino al 3° anno di vita del figlio (compilare la modulistica di cui sopra)

Qualora invece, all'atto dell'adozione o dell'affidamento, il minore abbia un'età compresa fra 6 e 12 anni, il diritto ad astenersi dal lavoro può essere esercitato solo nei primi tre anni dall'ingresso del minore nel nucleo familiare (compilare il modulo di cui sopra)



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA



REGIONE CALABRIA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA

CONGEDO PARENTALE

Modello G

Pag. 2/5

2. DAL 3° ANNO DI VITA DEL BAMBINO FINO ALL'8° ANNO

MESI CON RETRIBUZIONE PARI AL 30% IN MODO

Fruibile dal dipendente solo nel caso in cui il reddito individuale lordo è inferiore a 2,5 volte l'importo del trattamento minimo di pensione a carico dell'assicurazione generale obbligatoria

CONTINUATIVO: dal _____ al _____ per mesi _____

FRAZIONATO:

Dal	Al	In alternativa indicare solo i Giorni settimanali da fruire	Mese

MESI SENZA RETRIBUZIONE IN MODO

CONTINUATIVO: dal _____ al _____ per mesi _____

FRAZIONATO:

Dal	Al	In alternativa indicare solo i Giorni settimanali da fruire	Mese

3. PROLUNGAMENTO CONGEDO CON INDENNITA' PARI AL 30%

CONTINUATIVO: dal _____ al _____ per mesi _____

FRAZIONATO:

Dal	Al	In alternativa indicare solo i Giorni settimanali da fruire	Mese

- **Si allega, pertanto, certificazione della competente commissione ASL dello stato di handicap grave del bambino**

Per ogni minore con handicap in situazione di gravità si ricorda che la lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, hanno diritto, entro il compimento dell'ottavo anno di vita del bambino, al prolungamento del congedo parentale con indennità pari al 30% della retribuzione, fruibile in misura continuativa o frazionata, per un periodo massimo, comprensivo dei periodi di cui all'articolo 32, non superiore a tre anni, a condizione che il bambino non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, salvo che, in tal caso, sia richiesta dai sanitari la presenza del genitore.

Al riguardo il/la sottoscritto/a allega:

- certificazione/autocertificazione nascita proprio figlio (e/o certificazione/autocertificazione dell'avvenuto/a affidamento o adozione recante la data dell'ingresso del minore nel nucleo familiare nonché data e luogo di nascita dello stesso).
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA



REGIONE CALABRIA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA

CONGEDO PARENTALE

Modello G

Pag. 3/5

RECAPITO DURANTE L'ASSENZA *(da compilare se diverso dalla residenza ove si ritenga opportuno)*

Città _____ Prov. ____ Via _____ N. _____

Recapito telefonico _____

Il/la sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____

Firma _____

PER PRESA VISIONE IL RESPONSABILE: _____

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVA DI AUTOCERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 445/2000)

NASCITA FIGLIO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
Residente a _____ in via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000) ai sensi dell'art 46 del DPR 445/2000 con riferimento alla concessione del beneficio di cui all'art. 32 del D.lgs 151/2001

DICHIARA

che in data _____ nel comune di _____ prov. _____

è nato/a Il/la figlio/a di nome _____ .

Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____

Firma _____



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA



REGIONE CALABRIA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA

CONGEDO PARENTALE

Modello G

Pag. 5/5

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000) con riferimento alla fruizione del congedo parentale ex art 32 del D. lgs 151/2001

DICHIARA:

- di essere genitore di _____ nato/a il _____ a _____
- di essere l'unico genitore fruitore del congedo richiesto
- che l'altro genitore _____ lavoratore dipendente presso _____ ha fruito del congedo parentale
- che l'altro genitore non ha diritto al congedo parentale in quanto:
 - attualmente senza occupazione;
 - lavoratore autonomo
 - (altro) _____;

di fruire già di congedo parentale per altro figlio/a di nome _____ nato/a a _____ il _____

Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____

Firma _____