

 <p> SERVIZIO SANITARIO REGIONALE <small>Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</small> </p> <p> AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA </p> <p>  <small>REGIONE CALABRIA</small> </p> <p> AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA </p>	<h1>MALATTIA MINORE</h1>	<p style="text-align: center;">Modello H</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Pag. 1/1</p>
---	--------------------------	---

ALLA SEGRETERIA DELL'ARTICOLAZIONE AZIENDALE

Presidio Ospedaliero/Dipartimento Territoriale _____

Il/La sottoscritto/a _____ matricola n. _____

in forza all'Unità Operativa di _____

essendo genitore di _____ nato/a il _____

CHIEDE:

di assentarsi dal lavoro dal _____ al _____ per complessivi giorni _____ per malattia

- MINORE DI ETÀ INFERIORE A TRE ANNI (*MAX TRENTA GIORNI RETRIBUITI*)
- MINORE DI ETÀ INFERIORE A TRE ANNI (*OLTRE TRENTA GIORNI NON RETRIBUITO*)
- MINORE DI ETÀ COMPRESA TRA TRE ED OTTO ANNI (*MAX CINQUE GIORNI L'ANNO NON RETRIBUITI*)
- MINORE DI ETÀ NON SUPERIORE A SEI ANNI IN CASO DI ADOZIONE O AFFIDO (*MAX TRENTA GIORNI ANNUI RETRIBUITI*)
- MINORE DI ETÀ NON SUPERIORE A SEI ANNI IN CASO DI ADOZIONE O AFFIDO (*OLTRE TRENTA GIORNI ANNUI NON RETRIBUITO*)
- MINORE DI ETÀ SUPERIORE A SEI ANNI E FINO AD OTTO ANNI IN CASO DI ADOZIONE O AFFIDO (*FINO A CINQUE GIORNI LAVORATIVI ALL'ANNO RETRIBUITI*)
- MINORE DI ETÀ COMPRESA TRA SEI E DODICI ANNI IN CASO DI ADOZIONE O AFFIDO (*NEL PRIMO TRIENNIO DALLA DATA DI INGRESSO DEL MINORE NEL NUCLEO FAMILIARE FINO A CINQUE GIORNI LAVORATIVI ALL'ANNO PER CIASCUN GENITORE RETRIBUITO*)
- MALATTIA DEL BAMBINO DI ETÀ SUPERIORE A SEI ANNI IN CASO DI ADOZIONE O AFFIDO (*OLTRE CINQUE GIORNI LAVORATIVI ALL'ANNO*)

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, dichiaro che per lo stesso motivo, l'altro genitore Sig./Sig. _____ non fruisce di congedo negli stessi giorni in quanto:

- non è lavoratore dipendente;
- pur essendo lavoratore dipendente non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

Al riguardo si allega:

- Certificato medico attestante la malattia del minore

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 _____