

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</p> <p>Divisione Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p>	<p style="text-align: center;">RICHIESTA ALLATTAMENTO</p> <p>Modulo valido anche per i riposi giornalieri per il padre e per i genitori adottivi o affidatari o per genitori di minori con handicap in situazioni di gravità</p>	<p style="text-align: center;">Modello L</p> <p style="text-align: center;">Pag. 1/4</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

DICHIARA

Che intende fruire dei riposi giornalieri, ai sensi dell'art. 39 del D.Lgs 151/2001 per il/la figlio/a _____ nato/a il _____ a _____
Pertanto, si comunica che il/la sottoscritto/a beneficerà di tali permessi a partire dal _____
fino al _____ con una riduzione dell'orario di lavoro pari a n. _____ ora/e di allattamento giornaliero.

A tal fine, si allega:

- certificato di nascita del figlio/a (o dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, resa dal dipendente)
- certificazione/autocertificazione dell'avvenuto affidamento o adozione (documentazione da esibire ove necessario)
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, resa dal dipendente ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n° 445, specificando se l'altro genitore è o non è lavoratore dipendente, se sta beneficiando dei medesimi permessi nello stesso periodo e per il medesimo motivo o che non se ne avvale.
- dichiarazione di rinuncia dell'altro genitore ai riposi di cui trattasi;

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 _____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p> <p>REGIONE CALABRIA</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p>	<h1 style="color: blue;">RICHIESTA ALLATTAMENTO</h1> <p>Modulo valido anche per i riposi giornalieri per il padre e per i genitori adottivi o affidatari o per genitori di minori con handicap in situazioni di gravità</p>	<p>Modello L</p> <p>Pag. 2/4</p>
---	---	---

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. 39 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 _____

RICHIESTA ALLATTAMENTO

Modello L

Pag. 3/4

Modulo valido anche per i riposi giornalieri per il padre e per i genitori adottivi o affidatari o per genitori di minori con handicap in situazioni di gravità

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 concessione del beneficio di cui all'art. 39 del D.lgs 151/2001

DICHIARA

MADRE

Che la sottoscritta _____ madre di _____
intende beneficiare dei riposi giornalieri in quanto:

- unico genitore avente diritto in quanto unico affidatario del bambino
- l'altro genitore _____ non è lavoratore dipendente
- l'altro genitore è lavoratore dipendente presso il seguente Datore di lavoro _____
_____ ed ha rinunciato ad usufruire dei riposi
- che l'altro genitore svolge attività di lavoro autonomo ed ha ripreso la normale attività lavorativa
- che il coniuge non è in congedo nello stesso periodo e per il medesimo motivo

PADRE

Che il sottoscritto _____ padre di _____
intende beneficiare dei suddetti riposi giornalieri per la seguente motivazione:

- in quanto unico genitore avente diritto in quanto unico affidatario del bambino
- l'altro genitore _____ non è lavoratore dipendente
- l'altro genitore è lavoratore dipendente presso il seguente Datore di lavoro _____
_____ ed ha rinunciato ad usufruire dei riposi
- che l'altro genitore svolge attività di lavoro autonomo ed ha ripreso la normale attività lavorativa



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA



REGIONE CALABRIA

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA**

RICHIESTA ALLATTAMENTO

Modulo valido anche per i riposi giornalieri per il padre e per i genitori adottivi o affidatari o per genitori di minori con handicap in situazioni di gravità

Modello L

Pag. 4/4

- che il coniuge non è in congedo nello stesso periodo e per il medesimo motivo
- la madre è affetta da grave infermità che impedisce la cura del figlio;
- la madre è deceduta
- la madre è casalinga

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci ex art. 495 c.p. e ex artt. 75 e 76 del DPR 445/2000.

Il sottoscritto, 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 _____

Dichiarazione di impegno dell'altro genitore

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

prov. _____ altro genitore del/la bambino/a _____ nato/a il _____

a _____

DICHIARA

di rinunciare a favore dell'altro genitore ai riposi ai sensi dell'art. 39 del D.L.vo 26/03/2001, n° 151 per il periodo dal _____ al _____.

Il sottoscritto, 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 _____