

| | | |
|--|-----------------------------|---|
|  <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 PATERNITA'</h1> | <p>Modello S</p> <hr/> <p>Pag. 1/2</p> |
|--|-----------------------------|---|

ALLA SEGRETERIA DELL'ARTICOLAZIONE AZIENDALE

Presidio Ospedaliero/Dipartimento Territoriale _____

Il sottoscritto _____ matricola n. _____

in forza all'Unità Operativa di _____

con rapporto di lavoro a tempo: determinato indeterminato

COMUNICA:

ASTENSIONE OBBLIGATORIA POST PARTO

Che intende fruire a partire dal _____ del congedo di paternità, ex astensione obbligatoria, in quanto dopo il parto della madre Sig.ra _____

sono insorte le seguenti complicazioni:

- grave infermità
- morte della madre
- abbandono del bambino da parte della madre
- affidamento esclusivo al padre

Al riguardo il sottoscritto allega:

- certificazione comprovante le complicazioni insorte;
- certificato/autocertificazione nascita figlio.

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 _____

| | | |
|--|-----------------------------|---|
|  <p> SERVIZIO SANITARIO REGIONALE <small>Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</small> </p> <p> AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA </p> <p> AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA </p> | <h1>CONGEDO PATERNITA'</h1> | <p>Modello S</p> <p>Pag. 2/2</p> |
|--|-----------------------------|---|

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVA DI AUTOCERTIFICAZIONE

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

NASCITA FIGLIO

Il sottoscritto _____ 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 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 _____