

Servizio Unico Gestione Economico Operativa del Personale

RICHIESTA DI CONGEDO MALATTIA FIGLIO

Io sottoscritto: _____

Matricola n°: _____ in servizio presso: _____

Con la qualifica di: _____ a tempo pieno/part-time n. ore _____

con contratto a tempo: Determinato Indeterminato

E- Mail: _____ Telefono: _____

CHIEDO

Di usufruire del **congedo malattia figlio**:

1. per assistere il figlio/a naturale:

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____ il ___/___/___

C.F. _____ residente a _____ (___) in Via _____

n. _____;

2. per assistere il figlio/a adottato/a:

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____ il ___/___/___

C.F. _____ residente a _____ (___) in Via _____

n. _____ con ingresso in famiglia il _____;

3. per assistere il figlio/a affidato/a:

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____ il ___/___/___

C.F. _____ residente a _____ (___) in Via _____

n. _____ con ingresso in famiglia il _____.

Con la seguente **modalità**:

Retribuito al 100 % fino al 3° anno di età dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___

n. giorni _____ (**30 giorni per anno figlio**).

Senza retribuzione fino al 3° anno di età dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___

n. giorni _____.

Senza retribuzione dal 3° fino al 8° anno di età dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___

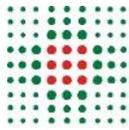
n. giorni _____ (**5 giorni per anno figlio**).

Allegare documentazione giustificativa dell'assenza (certificato pediatria).

Luogo e data _____

Firma del dipendente _____

Visto del Responsabile _____



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

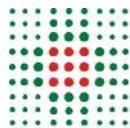
Io sottoscritto/a _____
Genitore di _____ nato/a _____

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e 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 DPR n. 445/2000)

DICHIARA

- Di non aver fruito di periodi di congedo malattia figlio presso altri datori di lavoro;
- Di aver fruito dei seguenti periodi di **congedo per malattia del figlio** presso altri datori di lavoro:
- retribuiti al 100% giorni n° _____;
 - non retribuiti giorni n° _____;
- alle dipendenze di _____;
- Che l'altro genitore _____ Nato/a il _____
a _____ (____)
() non è lavoratore dipendente;
() non ha fruito di periodi di congedo malattia figlio presso altri datori di lavoro;
() non è in congedo per malattia del figlio nel periodo sopra indicato;
() ha fruito dei seguenti periodi di congedo malattia figlio presso il Datore di Lavoro _____ con sede legale a _____:
- retribuiti al 100% giorni n° _____;
 - non retribuiti giorni n° _____;

Luogo e data _____ Firma del dipendente _____



NOTE RELATIVE ALLE RICHIESTE DEI CONGEDI DI MALATTIA FIGLIO

PERIODO

Figli naturali:

Fino al compimento del 3° anno d'età del bambino i genitori hanno diritto ad assentarsi per tutta la durata della malattia.

Dal 3° all' 8° anno d'età del bambino spettano ai genitori 5 giorni per anno.

Adozioni e affidamenti

Fino al 6° anno d'età del bambino i genitori hanno diritto ad assentarsi per tutta la durata della malattia;

Dal 6° all' 8° anno d'età del bambino spettano 5 giorni per anno.

TRATTAMENTO ECONOMICO:

Figli naturali, adozioni/affidamenti:

Per ciascuno dei primi 3 anni d'età del bambino, 30 giorni sono retribuiti al 100%, il restante periodo è senza assegni.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA:

- 1) certificato rilasciato esclusivamente da medico specialista del SSN o con esso convenzionato attestante la malattia del bambino;
- 2) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del genitore richiedente in merito ai congedi per malattia eventualmente già fruiti per lo stesso figlio da lui stesso presso un'altra Azienda o dall'altro genitore.