

DOMANDA CONGEDO MALATTIA FIGLIO FINO A 3 ANNI DI ETA' (Cod. SAP: AMB)

- 30 giorni cumulativi con l'altro genitore retribuiti al 100% per ogni anno di vita del bambino -

Parte riservata all'Ufficio di appartenenza

Direzione generale: _____

Ufficio: _____

N° prot. _____

Data ___/___/___

Firma Responsabile ufficio: _____

Spazio riservato a Direzione del personale

:

1. DATI DIPENDENTE

Matr.	Nome	Cognome	Tel. Ufficio	in Part-time SI <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI

includere sabato, domenica (o altra giornata di riposo in caso di lavoro a turni) e festivi se ricadono nel periodo di congedo, anche in caso di fruizione frazionata ove i diversi periodi di assenza non sono intervallati dal rientro al lavoro

Da	A	Totale giorni
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Per i lavoratori a turni, indicare i giorni di riposo settimanale previsti nel periodo di congedo: _____

3. DATI BAMBINO PER IL QUALE SI RICHIEDE IL CONGEDO

Nome	Cognome	Nato a	Nato il
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il minore è: figlio naturale adottato/affidato (Prov. Tribunale di _____ n. ___ del ___/___/___)**4. GENITORE SOLO** il figlio è stato affidato in via esclusiva al sottoscritto (Prov. Tribunale di _____ n. ___ del ___/___/___) l'altro genitore _____ è deceduto il ___/___/___ ALTRO _____**5. DATI ALTRO GENITORE**

Nome	Cognome	Nato a	Nato il
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 non ha diritto al congedo per la malattia del bambino in quanto
 libero professionista/lavoratore autonomo (P.IVA _____, attività _____, sede _____)

 disoccupato – casalinga – pensionato

 altro (indicare tutti i dati necessari per il controllo della dichiarazione) _____
ALTRO GENITORE LAVORATORE DIPENDENTE (compilare tutti e tre i punti) ha diritto al congedo per la malattia del bambino in quanto lavoratore dipendente presso _____ con sede in _____ via _____ n. _____ non è assente dal servizio **negli stessi giorni e per lo stesso motivo** di questa richiesta (malattia stesso figlio)
 il congedo di cui ha diritto: è in parte **retribuito**; nel corrente anno di vita del bambino ha fruito del **congedo retribuito** per giorni: Nessuno
 N° _____ non è mai retribuito

◆ **Allego certificato rilasciato da un medico specialista del SSN o con esso convenzionato attestante la malattia del figlio**
DATA _____ **FIRMA RICHIEDENTE** _____

Dichiarazione sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o sottoscritta e presentata unitamente a copia documento di identità