



**Catania.....**

AL CAPO SETTORE GEST. RISORSE UMANE

AL RESPONSABILE DEL SETTORE/U.O. \_\_\_\_\_ PRESIDIO \_\_\_\_\_

l sottoscritt \_\_\_\_\_ Matr. N° \_\_\_\_\_

Profilo \_\_\_\_\_ in servizio presso la struttura indicata in epigrafe,

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

comunica di usufruire, ai sensi delle vigenti disposizioni, del seguente periodo di assenza **PER CONGEDO PARENTALE**.

All'uopo dichiara:

-che in data \_\_\_\_\_ è nato/a il figlio/la figlia \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

• che in data \_\_\_\_\_ è entrato nel nucleo familiare il minore (allegare copia del provvedimento di (adozione /affidamento) \_\_\_\_\_) italiano o straniero nato in data \_\_\_\_\_

Pertanto

**COMUNICA**

che si asterrà dal lavoro dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

A tal fine prende atto che:

• nei primi 30 giorni spetta l'intera retribuzione (fino a 6 anni)

• trascorsi i primi 30 giorni, nel restante periodo di 5 mesi spetta la retribuzione al 30% (fino a 6 anni)

nessuna retribuzione nell'eventuale periodo residuo fino al limite di 6 mesi per la madre, nel limite di 7 mesi per il padre, nel limite di 10 mesi per il "genitore solo", nel limite massimo complessivo delle astensioni dal lavoro dei genitori pari a 11 mesi (dai 6 agli 12 anni).

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Di aver fruito presso altro datore di lavoro \_\_\_\_\_ (nome/denominazione).  
indirizzo \_\_\_\_\_ di complessivi \_\_\_\_\_ giorni di congedo.

\*\*\*

**Che l'altro genitore** \_\_\_\_\_

Svolge attività lavorativa presso \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Ha fruito dalla nascita del figlio/a di complessivi \_\_\_\_\_ giorni di congedo parentale.

Non ha fruito dalla nascita del figlio/a del congedo parentale.

Non svolge attività lavorativa (disoccupato, casalinga, libero professionista, altro) \_\_\_\_\_

LA / IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Si conferma che il sig \_\_\_\_\_ ha sottoscritto l'istanza in mia presenza  
**o in alternativa si allega copia fotostatica di documento di identità (non autenticato)**

IL FUNZIONARIO INCARICATO

\_\_\_\_\_

SETTORE/U.O. DI APPARTENENZA	RISERVATO AL SETTORE GEST.RIS.UMANE
PER PRESA VISIONE: DATA _____ IL FUNZIONARIO RESPONSABILE _____ Coord. Responsabile Sanitario – Amministrativo VISTO: DATA _____ IL DIRIGENTE RESPONSABILE _____	GIUSTIFICATIVO REGISTRATO  DATA _____ L'ADDETTO _____