

U.O.C. PERSONALE

Alla UOC Personale
Ufficio Giuridico

E, p.c. Al Direttore della UOC _____

Al Coordinatore Infermieristico (solo per il personale del comparto
sanitario) _____

Oggetto: richiesta astensione per maternità / congedo parentale.

La sottoscritta _____ nata a _____
prov. (____) il _____ residente a _____ C.A.P. _____
in Via _____ n. _____
Cell. _____ in servizio c/o la ASL Latina in qualità
di _____ con contratto a tempo determinato / Indeterminato
presso _____
Matricola: _____

CHIEDE

La concessione (barrare la voce che interessa)

- o **INTERDIZIONE DAL LAVORO PER RISCHIO BIOLOGICO E/O RADIOLOGICO**, ante e/o post partum (art. 17 D.Lgs 151/2001) retribuita al 100%
Data presunta parto _____
-Allega provvedimento dell'Ispettorato del Lavoro;
- o **INTERDIZIONE DAL LAVORO PER GRAVI COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE**, ante partum (art. 17 D.Lgs 151/2001) retribuita al 100%
Data presunta parto _____
-Allega provvedimento del Distretto Sanitario di appartenenza ;
- o **INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA** (art. 19 D.Lgs 151/2001)
-Allega provvedimento dell'ispettorato del lavoro o del distretto sanitario (a seconda di chi aveva rilasciato l'interdizione)

- o **ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER MATERNITA' ANTE PARTUM** (due mesi prima del parto, art. 16 D.Lgs 151/2001, lett.a) retribuita al 100%
-Allega certificato dello specialista, data presunta del parto_____;
- o **ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER MATERNITA' POST PARTUM** (tre mesi dopo il parto art. 16 D.Lgs 151/2001, lett.c) retribuita al 100%
-Allega certificato di nascita o autocertificazione, con nome cognome e data di nascita del bambino
- Chiede di recuperare i giorni di maternità obbligatoria non goduta in quanto il parto è avvenuto in data antecedente quella presunta prevista per il_____;
- o **RICHIESTA CONGEDO PARENTALE** (entro i sei anni di vita del bambino, art. 32 D.Lgs 151/2001 modificato dal Decreto Attuativo 80/2015), **30 giorni retribuiti al 100%:**
 - per il periodo dal_____al_____;
 - dal_____al_____;
 - dichiara di aver già fruito (anche presso altre aziende) di n. _____gg di congedo parentale;
 - dichiara che il figlio/a è nato/a il_____nome:_____;
 - Allega dichiarazione dell'altro genitore che dichiara eventuali giorni di congedo parentale fruiti;
 - Allega documenti di riconoscimento proprio e dell'altro genitore.
- o **RICHIESTA CONGEDO PARENTALE** (sei anni di vita del bambino non compiuti, art. 32 D.Lgs 151/2001 modificato dal Decreto Attuativo 80/2015), **150 giorni retribuiti al 30%:**
 - per il periodo dal_____al_____;
 - dal_____al_____;
 - dichiara di aver già fruito (anche presso altre aziende) di n. _____gg di congedo parentale;
 - dichiara che il figlio/a è nato/a il_____nome:_____;
 - Allega dichiarazione dell'altro genitore che dichiara eventuali giorni di congedo parentale fruiti;
 - Allega documenti di riconoscimento proprio e dell'altro genitore.
- o **RICHIESTA CONGEDO PARENTALE** (dai sei anni compiuti ai dodici anni noncompiuti), art. 32 D.Lgs 151/2001 modificato dal Decreto Attuativo 80/2015), **non retribuiti:**
 - per il periodo dal_____al_____;
 - dal_____al_____;
 - dichiara di aver già fruito (anche presso altre aziende) di n. _____gg di congedo parentale;
 - dichiara che il figlio/a è nato/a il_____nome:_____;
 - Allega dichiarazione dell'altro genitore che dichiara eventuali giorni di congedo parentale fruiti;
 - Allega documenti di riconoscimento proprio e dell'altro genitore.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DELL'ALTRO GENITORE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000)

Il sottoscritto _____ nato a _____
prov. (____) il _____ residente a _____ C.A.P. _____
in Via _____
Cell. _____ dipendente _____ c/o _____
l'Azienda _____ in qualità di _____

Dichiara, sotto la propria responsabilità

- ☐ Di aver fruito di numero _____ giorni di congedo parentale retribuito al 100%
- ☐ Di aver fruito di numero _____ giorni di congedo parentale retribuito al 30%
- ☐ Di aver fruito di numero _____ giorni di congedo parentale senza retribuzione
- ☐ Non usufruirà dei congedi parentali ex art. 32 d.lgs 151/2001

Data _____

Firma _____

Dichiarazione per la fruizione dei voucher baby sitting

(Ai sensi dell'art. 4, comma 24 lett.b della Legge 92/2012)

La sottoscritta _____ nata a _____
prov. (____) il _____ residente a _____ C.A.P. _____
in Via _____ n. _____
Cell. _____ in servizio c/o la ASL Latina in qualità
di _____

Dichiara, sotto la propria responsabilità

-Di non aver effettuato richiesta all'INPS per la fruizione dei Voucher Baby Sitting;

Data _____

Firma _____