AREA AMMINISTRAZIONE
U.O.C. PERSONALE

Al Direttore UOC Personale
Dr. Giovanni Bernardi

E, p.c. Al Direttore della UOC_____

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

Oggetto: richiesta astensione per congedo parentale padre.

Il sottoscritto_____nato 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)

- **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.

- **RICHIESTA CONGEDO PARENTALE** (entro i sei anni di vita del bambino,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.

- **RICHIESTA CONGEDO PARENTALE** (dai sei anni compiuti di vita del bambino ai dodici anni non compiuti),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_____

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL LATINA

REGIONE LAZIO

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DELL'ALTRO GENITORE

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

La sottoscritta_____nata 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_____

ASL Latina
C.D.C. "Latina Fiori" Pal. G2 – V.le P. L. Nervi, snc
04100 Latina

t. +39.0773.6551
www.asl.latina.it
p.iva 01684950593

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL LATINA

REGIONE LAZIO

Dichiarazione per la fruizione dei voucher baby sitting

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

Il sottoscritto_____nato 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_____

ASL Latina
C.D.C. "Latina Fiori" Pal. G2 – V.le P. L. Nervi, snc
04100 Latina

t. +39.0773.6551
www.asl.latina.it
p.iva 01684950593