

Servizio Unico Gestione Economico Operativa del Personale

RICHIESTA DI CONGEDO MALATTIA FIGLIO

Io sottoscritto/a _____ Matricola n° _____
con la qualifica di _____ in servizio presso _____
con rapporto di lavoro: tempo pieno part-time n. ore _____
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 _____

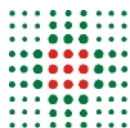
Con la seguente **modalità**:

- Retribuito al 100 %** dal giorno ____/____/____ al giorno ____/____/____ (età del figlio/a _____).
- Senza retribuzione** dal giorno ____/____/____ al giorno ____/____/____ (età del figlio/a _____)

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 per malattia del figlio presso altri Datori di Lavoro;
- Di aver fruito dei seguenti periodi di **congedo per malattia del figlio** presso altri Datori di Lavoro:
 - o retribuiti al 100% giorni n° _____;
 - o non retribuiti giorni n° _____;presso _____ con sede in _____
via _____.
- Di essere **genitore solo** poiché l'altro genitore:
 - o è deceduto in data *: _____ a _____;
 - o è affetto da grave infermità; **
 - o ha abbandonato il figlio; ***
 - o non ha riconosciuto il figlio;
 - o affidamento esclusivo del figlio al solo genitore richiedente. ****

ALLEGA:

- * certificato di morte dell'altro genitore o autocertificazione;
- ** certificato medico comprovante la grave infermità dell'altro genitore e la sua inidoneità ad assistere il/la _____ minore;
- *** autocertificazione;
- **** copia del provvedimento del giudice da cui risulti l'affidamento esclusivo del figlio richiedente (art. 155 codice civile);

DATI RELATIVI ALL'ALTRO GENITORE

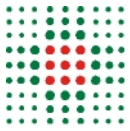
Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____ (____) il ____/____/____ C.F. _____ residente a _____ (____) in Via _____ n° _____,

- è lavoratore/trice **dipendente**
 - è lavoratore/trice **parasubordinato**
 - è lavoratore/trice **autonoma**
- } presso _____
con sede in _____
via _____

- o ha usufruito, durante l'attuale anno di vita del bambino, dei seguenti periodi di congedo per malattia del figlio:
 - retribuiti al 100% giorni n° _____;
 - non retribuiti giorni n° _____;
- o non ha usufruito, durante l'attuale anno di vita del bambino, di alcun periodo di congedo per malattia del figlio;

non è lavoratore;

Luogo e data _____ Firma del dipendente _____



NOTE RELATIVE ALLE RICHIESTE DEI CONGEDI DI MALATTIA FIGLIO

PERIODO E TRATTAMENTO ECONOMICO:

FIGLI NATURALI:

Fino al compimento del 3° anno d'età del bambino i genitori hanno diritto ad assentarsi per tutta la durata della malattia. Per ciascuno dei primi 3 anni d'età del bambino, 30 giorni sono retribuiti al 100%, il restante periodo è senza assegni.

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

ADOZIONI E AFFIDAMENTI:

- o Figlio adottato o in affido che entri nella famiglia con età fino a 6 anni:

i genitori, alternativamente, hanno diritto ad assentarsi per tutta la durata della malattia. Per i primi 3 anni dall'ingresso in famiglia sono previsti 30 giorni per anno retribuiti che possono essere utilizzati fino al 6° anno di età. Ulteriori assenze allo stesso titolo eccedenti il limite suddetto dei 30 giorni, sono senza assegni, ma ugualmente utili ai fini dell'anzianità di servizio.

Dai 6 agli 8 anni, i genitori hanno diritto ad assentarsi dal lavoro per la malattia del figlio, alternativamente, nel limite di 5 giorni all'anno non retribuiti.

- o Figlio adottato o in affido che entri nella famiglia con età da 6 anni a 12 anni:

i genitori, alternativamente, hanno diritto ad astenersi dal lavoro nel limite di 5 giorni lavorativi all'anno non retribuiti per ciascun genitore per i primi tre anni dall'ingresso in famiglia, ma ugualmente utili ai fini dell'anzianità di servizio.

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 figlio eventualmente già fruiti per lo stesso figlio da lui stesso presso un'altra Azienda o dall'altro genitore.