



AOU Sassari

Azienda Ospedaliera Universitaria

CONGEDO PARENTALE

(Astensione Facoltativa Art. 32 del D. Lgs. 151/2001 e successive modifiche D. Lgs. 105/2022)

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____ nata/o a _____

Il ___ / ___ / ___ Prov. _____ Residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

In via _____ N. _____, tel. _____, in servizio presso _____

Con la qualifica di _____ dipendente a tempo (determinato/indeterminato) _____

CHIEDE

- Di fruire del congedo parentale (astensione facoltativa) e delle relative indennità qualora spettanti in base all'art. 34 del T.U. sulla maternità (e successive modifiche D. Lgs. 105/2022), osservando il preavviso all'Azienda di 5 giorni.

PERIODO

Retribuito al 100% dal _____ al _____ (max 30) giorni _____ ;

Retribuito all'80% dal _____ al _____ mesi _____ giorni _____ ;

Retribuito al 30% dal _____ al _____ mesi _____ giorni _____ ;

- Di fruire del congedo parentale (astensione facoltativa) e delle relative indennità qualora spettanti in base all'art. 34 del T.U. sulla maternità (e successive modifiche D. Lgs. 105/2022) su base oraria in misura pari alla metà dell'orario medio giornaliero del periodo di paga quadri settimanale o mensile immediatamente precedente a quello nel corso del quale ha inizio il congedo parentale osservando il preavviso all'Azienda di 2 giorni per il seguente periodo:

PERIODO:

Retribuito al 100% dal _____ al _____ (max 30) giorni _____ ;

Retribuito al 30% dal _____ al _____ mesi _____ giorni _____ ;

PER IL FIGLIO/A

Cognome _____ Nome _____ nata/o a _____ Prov. _____

Il _____ proprio figlio naturale **SI/NO** _____ ; minore adottato **SI/NO** _____ ; affidato **SI/NO** _____

Data provvedimento adozione/affidamento _____

Data ingresso in famiglia dell'adottato/affidato _____



LA/IL SOTTOSCRITTA/O DICHIARA

- Che il bambino è vivente;
- Di essere genitore unico
- Di non aver fruito per la/lo stessa/o bambina/o di periodi di congedo parentale dalla data di nascita ad oggi;
- Di aver fruito per la/lo stessa/o bambina/o di periodi di congedo parentale presso

_____ dal _____ al _____ di giorni _____

DATI ANAGRAFICI DELL'ALTRO GENITORE

Cognome _____ Nome _____ nata/o a _____

Il ___ / ___ / _____ Prov. _____ Residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

In via _____ N. _____

DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE

- Non ha diritto al congedo parentale in quanto libero professionista- collaboratore coordinato e continuativo – lavoratore a domicilio – lavoratore autonomo;
- Ha diritto al congedo parentale in quanto dipendente in servizio presso _____ in qualità di _____ a tempo determinato/indeterminato _____;
- Di non aver fruito ne di fruire attualmente di periodi di congedo parentale;
- Ha fruito o sta fruendo dei seguenti periodi di congedo parentale, dal _____ al _____ di giorni _____;

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

I sottoscritti (richiedente ed altro genitore), consapevoli delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le indennità, dichiarano, ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano, che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero e si impegnano a rendere note tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, comprese le eventuali future richieste di astensione da parte dell'altro genitore che dovessero determinare la decadenza del diritto all'indennità richiesta o la sospensione della stessa (ripresa del lavoro, ferie, licenziamento, etc. etc.) nonché eventuali modifiche dei periodi di astensione richiesti.

Data _____

Firma del richiedente _____

Firma altro genitore _____



INFORMATIVA

Si informa il dipendente che in base alla legge 196/2003 i dati sono oggetto di trattamento per le finalità strettamente connesse con l'esecuzione del T.U. sulla Maternità e che un eventuale rifiuto a fornire i dati personali richiesti non consente all'Azienda la definizione dell'istanza.

Esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali

Data _____

Firma _____

RISERVATO AL SERVIZIO O U.O. DI APPARTENENZA

(Preso atto dell'assenza)

Timbro



Il Dirigente/Responsabile/Coordinatore _____