



U.O.C. Gestione Risorse Umane

## CONGEDO PER LA MALATTIA DEL FIGLIO

Al Responsabile U.O. Gestione Risorse Umane

Io sottoscritta/o \_\_\_\_\_ Nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ dipendente con contratto di lavoro a tempo:

 determinato  
  indeterminato  
  pieno  
  parziale orizzontale  
  parziale verticale

in servizio presso l'Unità Operativa \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

in qualità di: profilo professionale \_\_\_\_\_

### COMUNICO

Che a causa della malattia del figlio/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

fruirò di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo.

### CHIEDO

Venga attribuito il trattamento economico più favorevole.

### ALLEGRO

 il certificato rilasciato dal medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato.

**Mi impegno** a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni di quanto dichiarato con la presente.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ Il Dipendente \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ Visto, il Responsabile \_\_\_\_\_

**ALLEGATO ALLA COMUNICAZIONE DI  
CONGEDO PER LA MALATTIA DEL FIGLIO**

**DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
provincia \_\_\_ cap \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dependente dell'Azienda/Amministrazione \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ referente \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità, di natura anche penale, che potrebbero derivare in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione, oppure di uso di atti falsi, nonché di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità,

**DICHIARO**

di essere madre/padre naturale del/della bambino/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

che non mi assenterò dal lavoro a titolo di congedo per malattia del/della figlio/a \_\_\_\_\_  
nelle medesime giornate in cui l'altro genitore \_\_\_\_\_  
utilizzerà il congedo di cura per lo/la stesso/a bambino/a.

di non svolgere alcuna attività lavorativa;

di non avere diritto al congedo per malattia del figlio (libero professionista, lavoratore autonomo, ecc.);

di aver usufruito, alla data odierna, complessivamente di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo per la malattia del figlio/a :

\_\_\_\_\_ come di seguito specificati:

- n. \_\_\_\_\_ giorni presso l'Azienda/Amministrazione \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Trattamento economico \_\_\_\_\_

- n. \_\_\_\_\_ giorni presso l'Azienda/Amministrazione \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Trattamento economico \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_