

MODULO ASTENSIONE FACOLTATIVA (DA ZERO A DODICI ANNI)

PRESENTARE LA DOMANDA CON 5 GG. DI PREAVVISO

Roma,

**AL DIRIGENTE U.O.C POLITICHE DEL PERSONALE E
GESTIONE RISORSE UMANE**

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso _____ con la Qualifica di _____ chiede, ai sensi del **Decreto Legislativo n. 151** del 26.03.2001, Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno **della maternità e della paternità**, che gli/le venga concesso un periodo di giorni _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ di **ASTENSIONE FACOLTATIVA** per assistere il/la proprio/a figlio/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____.

1) RETRIBUZIONE 100%

(30 giorni divisibili tra genitori)

DPAR041G intera giornata

DPAR042G ½ giornata

2) RETRIBUZIONE 80%

(30 giorni divisibili tra genitori)

fruibili dai genitori che hanno terminato il periodo di congedo maternità o paternità **successivamente al 31/12/2023**

DPAR055G intera giornata

DPAR056G ½ giornata

VALIDO SOLO PER IL
2024

3) RETRIBUZIONE 30%

(240 giorni divisibili tra i genitori per un max di 150 giorni ;
210 giorni per il solo 2024 fruibili dai genitori che hanno
terminato il periodo di congedo maternità o paternità
successivamente al 31/12/2023);

DPAR053G intera giornata

DPAR054G ½ giornata

4) SENZA RETRIBUZIONE

(30 giorni)

DPAR060G intera giornata

DPAR070G ½ giornata

Si allegano:

- **Certificato di nascita del figlio/a.**
- **Modulo autocertificazione del proprio coniuge nella quale dichiaro di USUFRUIRE/NON USUFRUIRE del congedo parentale (ALLEGATO A).**
- **Modulo autocertificazione conteggio dei congedi usufruiti presso altre Aziende (ALLEGATO B).**

VISTO: IL RESPONSABILE
(Per presa visione)

Il/La dipendente

INVIARE VIA MAIL A gestioneassenze@hsangiovanni.roma.it

DECRETO Legislativo n. 151/2001 – Congedi Parentali

AUTOCERTIFICAZIONE: ASTENSIONE FACOLTATIVA E MALATTIA DEL BAMBINO

N.B. LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE E' RICHIESTA AL CONIUGE DEL DIPENDENTE CHE USUFRUISCE DEL DIRITTO

Il/La sottoscritto/a _____

dipendente del _____

genitore (padre/madre) del bambino _____

nato/a il (data di nascita figlio/a) _____

⇒ DICHIARA DI AVER USUFRUITO complessivamente di un periodo di gg. _____ di ASTENSIONE FACOLTATIVA (indicare la retribuzione se percepita).

⇒ DI NON AVER MAI USUFRUITO di ASTENSIONE FACOLTATIVA.

⇒ DI AVER USUFRUITO di astensione dal lavoro per MALATTIA FIGLIO per complessivi gg. _____ nell'arco del corrente anno (Indicare la retribuzione) _____.

⇒ DI NON AVER MAI USUFRUITO di astensione dal lavoro per MALATTIA FIGLIO e di non avere alcuna domanda in corso.

Roma,

Firma del dichiarante

INVIARE VIA MAIL A gestioneassenze@hsangiovanni.roma.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.)

La /il sottoscritta/o _____ matr. _____ nata/o a _____

il ____ / ____ / _____ residente a _____ in Via_n. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Roma, ____ / ____ / _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi della Legge 196/2003 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presentedichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.