

INVIARE VIA EMAIL A gestioneassenze@hsangiovanni.roma.it

MODULO MALATTIA BAMBINO DA ZERO A OTTO ANNI

La domanda deve essere tempestivamente inoltrata al proprio Responsabile

Roma, li ____ / ____ / ____

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 Marzo 2001, Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di
tutela e sostegno della maternità e della paternità**, di potersi assentare dal
servizio dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ (per complessivi gg. ____) per
MALATTIA FIGLIO/A (nome e cognome) _____
nato/a il ____ / ____ / ____.

- CON RETRIBUZIONE INTERA - DFIG011G** (30 giorni all'anno fino al giorno precedente al compimento dei 3 anni)
- SENZA RETRIBUZIONE - DFIG030G** (giorni illimitati all'anno - terminata la malattia al 100% - fino al giorno precedente al compimento dei 3 anni)
- SENZA RETRIBUZIONE - DFIG020G** (5 giorni all'anno dai 3 anni fino al giorno precedente al compimento degli 8 anni)

Allega certificato medico attestante la malattia del figlio/a (rilasciato da un Medico del SSN o con esso convenzionato) e dichiarazione attestante che l'altro genitore non fruisce del diritto negli stessi giorni e per il medesimo motivo, nonché i permessi eventualmente fruiti dallo stesso in precedenza.

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) _____

⇒ DICHARA 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
