

ALL'U.O. GESTIONE PRESENZE E ASSENZE

Il/la sottoscritto/a.....Matricola.....

Nat ...il.....Mansione/Qualifica.....

in servizio presso..... n.Tel. Ufficio/Cellulare

COMUNICA

l'assenza dal servizio per uno dei seguenti motivi, ai sensi e con i limiti previsti Decreto Legge "Cura Italia" del 16/03/2020 debitamente certificati o autocertificati.

I SEGUENTI PERMESSI SONO LIMITATI E PER FRONTEGGIARE IL PERIODO DI CRISI SANITARIA DA COVID-19 COME INDICATO NELLO STESSO DECRETO LEGGE.

- ☐ **CONGEDO PARENTALE STRAORDINARIO RETRIBUZIONE AL 50% (15 giorni)**
per i genitori con figli fino a 12 anni, complessivamente e alternativamente tra il padre e la madre

Nel caso di presenza di figli disabili non vi sarà nessun limite di età.

In caso di richiesta da parte di entrambi i genitori si prega compilare l'autocertificazione o inviare l'attestazione della ditta privata dell'altro genitore sulla mancata fruizione del congedo

- ☐ **CONGEDO PARENTALE STRAORDINARIO NON RETRIBUITO (15 giorni)**
per i genitori con figli dai 12 ai 16 anni, complessivamente e alternativamente tra il padre e la madre

In caso di richiesta da parte di entrambi i genitori si prega compilare l'autocertificazione o inviare l'attestazione della ditta privata dell'altro genitore sulla mancata fruizione del congedo

- ☐ **ESTENSIONE DURATA PERMESSI EX ART. 33 LEGGE 104/1992 (12 giorni)**
sono 12 giorni complessivi, oltre ai 3 giorni già previsti, fruibili nei mesi di Marzo ed Aprile

E' necessario comunicare i periodi al fine di abilitare ed inserire i permessi da parte degli uffici presenza competenti (gli altri 3 giorni sono sempre richiedibili dal portale WHR). Il beneficio è riconosciuto al personale sanitario compatibilmente con le esigenze organizzative delle aziende e enti del SSN impegnati nell'emergenza COVID 19 e del comparto sanità

Dal giorno al giorno(n. giorni.....)

Dal giorno al giorno(n. giorni.....)

data __/__/____

Il dipendente

Il responsabile gestionale

.....

.....

COMPILARE ANCHE IL RETRO DEL PRESENTE MODULO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ CONSAPEVOLE CHE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI IL DICHIARANTE INCORRE NELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DAL D.P.R. 445/2000, OLTRE ALLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO IN BASE ALLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

DICHIARA

COGNOME E NOME FIGLIO _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

Codice Fiscale Figlio (obbligatorio) _____

COGNOME E NOME DELL'ALTRO GENITORE _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDICAZIONE DEL LAVORO/AZIENDA _____

Specificare se l'altro genitore:

☐ Non ha mai fruito dei congedi parentali/ malattia del figlio

☐ ha fruito di n giorni:

In caso di lavoratore privato è obbligatoria la certificazione dell'azienda presso cui lavora il genitore attestante i congedi parentali/malattia del figlio fruiti alla data.

Specificare inoltre i periodi di congedo parentale/malattia del figlio usufruiti antecedentemente all'assunzione presso la Ausl Nord Ovest:

Dal giorno al giorno(n. giorni.....)

Dal giorno al giorno(n. giorni.....)

Dal giorno al giorno(n. giorni.....)

Dal giorno al giorno(n. giorni.....)

Nel caso di richiesta di malattia figlio, dichiara, altresì, che l'altro genitore non è in astensione dal lavoro per malattia figlio negli stessi giorni di cui alla presente comunicazione.

data __/__/____

Firma del dichiarante

Qualora la seguente dichiarazione venga inviata per posta, è necessario allegare copia di valido documento d'identità.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.L. 196/03

Si informa che, ai sensi del D.L. 196/03 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", il trattamento dei dati raccolti è finalizzato allo svolgimento della

p
r
o
c
e

**U.O.C. GESTIONE
PRESENZE E
ASSENZE E U.P.D.**

Tel. 0586/223713

Direttore **Dott. Roberto
Locci**

[roberto.locci@uslnordoves
t.toscana.it](mailto:roberto.locci@uslnordoves
t.toscana.it)

Viale Alfieri, 36 57100 –
Livorno -