

AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE
UFFICIO RILEVAZIONE PRESENZE/ASSENZE
 Distretto 1 Distretto 2

RICHIESTA CONGEDO PARENTALE "SPECIALE" PER EMERGENZA COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/____
matr _____ residente in via _____ a _____ cap _____
email _____ cellulare/tel _____ in servizio presso UOC/UOSD
_____ in qualità di _____, **consapevole delle**

sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti parti non rispondenti a verità

C H I E D E

di usufruire di GG _____ di **CONGEDO PARENTALE "SPECIALE" - previsto per un totale complessivo di 15 giorni -**
dall'art. 25 del D.L. CURA ITALIA n. 18 del 17 marzo 2020 recante "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", con fruizione in modalità **continuativa** dal ____/____/____ al ____/____/____ o in modalità **frazionata** secondo tabella sottostante:

MESE	GIORNATE INTERE																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

D I C H I A R A

- di avere un figlio di età inferiore ai 12 anni (cod. 505/301, indennità pari al 50% della retribuzione);
 di avere un figlio di età compresa tra i 12 e i 16 anni (cod. 505/311, non dà diritto alla retribuzione);
 di avere un figlio disabile in condizione di gravità (cod. 505/301, indennità pari al 50% della retribuzione)

nome/cognome figlio/a _____ nato il ____/____/____

D I C H I A R A A L T R E S I'

- che **il nucleo familiare non usufruirà del bonus** per l'acquisto di servizi di baby-sitting per l'assistenza e la sorveglianza dei figli minori fino a 12 anni di età di cui agli artt. 23 comma 8 e 25 comma 3 del D.L. n. 18/2020
 che l'**ALTRO GENITORE** sig/sig.ra _____ non è beneficiario di strumenti di sostegno al reddito in caso di sospensione o cessazione dell'attività lavorativa, non è disoccupato o non lavoratore
 affinché vengano verificati i giorni di congedo complessivamente goduti dal nucleo familiare, che

l'**ALTRO GENITORE** sig/sig.ra _____ si trova nella seguente situazione

lavorativa: dipendente della ditta/ente _____ con sede in via/piazza _____ comune _____ c.a.p. _____

NON HA usufruito, fino alla data odierna, di giorni di congedo parentale "speciale"

HA usufruito, fino alla data odierna, di congedo parentale "speciale" pari a GG _____

dal ____/____/____ al ____/____/____

dal ____/____/____ al ____/____/____

Data compilazione _____

Firma richiedente _____

Firma e timbro responsabile _____

Visto, si autorizza

Firma e timbro responsabile Area _____

Se ritenuta necessaria dal
Responsabile dell'Area di riferimento