

***Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato Al Direttore Generale***

# CONGEDO PER LA MALATTIA DEL BAMBINO

## Il/La sottoscritto/a

(cognome) (nome)

in servizio presso matr.

genitore del minore nato/a a ( )

il / / codice fiscale , ai sensi dell'art. 47 del D.Lgs. n. 151/01

CHIEDE (\*)

## PER LA MALATTIA DEL FIGLIO MINORE DI ANNI 3:

a decorrere dal giorno \_ \_ /\_ \_ / al giorno\_ \_ /\_ \_ / (cod. SiRP 250)

n giorni di congedo retribuito in quanto, nel corrente anno di vita del figlio, non ha fruito complessivamente dei

trenta giorni di assenza retribuita (art. 31, c.5, del CCNL Comparto Università del 16.10.2008)

n giorni di congedo non retribuito in quanto, nel corrente anno di vita del figlio, ha già fruito complessivamente

dei trenta giorni di assenza retribuita (art. 31, c.5, del CCNL Comparto Università del 16.10.2008)

## PER LA MALATTIA DEL FIGLIO DI ETA' COMPRESA FRA I 3 E GLI 8 ANNI:

n giorni di congedo non retribuito dal giorno \_ \_ /\_ \_ /\_ al giorno \_ \_ /\_ \_ /\_ (cod. SiRP 250)



n ....... ore di congedo non retribuito per il giorno \_ \_ /\_ \_ / dalle ore \_\_: alle ore : (cod SiRP 25)

Dichiara che l'altro genitore (\*)

(cognome) (nome)

# nato/a a ( ) il / /

codice fiscale

è lavoratore presso

sede e ha già fruito, nel corrente anno di vita del figlio

di n. giorni di congedo retribuito per la malattia del bambino nei seguenti periodi:

\_ \_ \_

lo stesso, inoltre, non ha richiesto di astenersi dal lavoro negli stessi giorni per il medesimo motivo. non ne ha diritto

UAPPC-CMB

# Si allega certificato di malattia del bambino, rilasciato da un medico specialista del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato.

Il sottoscritto, ai sensi dell' art. 38 del DPR 28 dicembre 2000, n„45 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 per il caso di dichiarazioni false o mendaci(\*)

sottoscrive la presente domanda e allega copia fotostatica del proprio documento di identità

sottoscrive la presente istanza dinanzi al dipendente addetto , previo accertamento della propria identità

Il dipendente addetto Firma

Data

# VISTO:

Il Responsabile della struttura

(\*) Barrare la casella che interessa

**Informativa ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali**

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell’ambito delle attività istituzionali dell’Università degli Studi di Napoli Federico II. All’interessato competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Per contattare il Titolare potrà inviarsi una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it.

Le informazioni complete relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell’Ateneo: http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy.