



**CONGEDO PARENTALE ex art. 9, D.L. 146/2021 PER LA QUARANTENA, INFEZIONE DA SARS-COV-2 O SOSPENSIONE ATTIVITA' DIDATTICA O EDUCATIVA IN PRESENZA DEL FIGLIO, FRUIBILE FINO AL 31.03.2022 (cod. Si.R.P. 105)**

Il/La sottoscritto/a .....  
(cognome) (nome)

matricola: ..... in servizio presso .....

genitore del minore .....  
(cognome) (nome)

nato/a a ..... (.....)  
(luogo di nascita) (provincia)

il ..... / ..... / ..... , codice fiscale: .....  
(data)

**DICHIARA**

ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione falsa o mendace ai sensi dell'art. 76 del medesimo D.P.R., che:

- il proprio figlio minore di anni 14 è convivente con il sottoscritto;
- il Dipartimento di prevenzione della ASL .....  
(indicare denominazione ed indirizzo completo dell'azienda sanitaria locale) ha disposto, per il periodo dal ..... al ..... la quarantena del proprio figlio a seguito di contatto;
- è stata disposta, per il periodo dal ..... al ....., la sospensione dell'attività didattica o educativa in presenza del figlio che frequenta il seguente plesso scolastico .....

..... (indicare nome ed indirizzo completo del plesso scolastico);

- il proprio figlio ha contratto l'infezione da SARS-CoV-2 come da allegata certificazione medica;
- il proprio figlio è portatore di handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e frequenta il seguente plesso scolastico .....

..... (indicare nome ed indirizzo completo del plesso scolastico) per il quale è stata disposta, per il periodo dal ..... al ....., la sospensione dell'attività didattica in presenza ;

- il proprio figlio è portatore di handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ed è ospitato nel seguente centro diurno a carattere assistenziale per il quale è stata disposta la chiusura: .....

.....  
e, conseguentemente a quanto sopra,

**CHIEDE**

di fruire, **per il figlio convivente minore di anni 14**, del **congedo con indennità pari al 50% della retribuzione**, coperto da contribuzione figurativa, nei seguenti giorni/periodi:

- dal ..... al ....., per complessivi gg. \_\_;
- dal ..... al ....., per complessivi gg. \_\_;
- dal ..... al ....., per complessivi gg. \_\_;
- dal ..... al ....., per complessivi gg. \_\_;
- dalle ore \_\_:\_\_ alle ore \_\_:\_\_ del giorno .....

- dalle ore \_\_:\_\_ alle ore \_\_:\_\_ del giorno .....
- dalle ore \_\_:\_\_ alle ore \_\_:\_\_ del giorno .....

di fruire, **per il figlio di età compresa fra i 14 ed i 16 anni**, del **congedo senza corresponsione di retribuzione o indennità** né riconoscimento di contribuzione figurativa, con divieto di licenziamento e diritto alla conservazione del posto di lavoro, nei seguenti giorni/periodi:

- dal ..... al ....., per complessivi gg. \_\_;
- dal ..... al ....., per complessivi gg. \_\_;
- dal ..... al ....., per complessivi gg. \_\_;
- dal ..... al ....., per complessivi gg. \_\_.

di fruire, **per il figlio con handicap grave**, del **congedo con indennità pari al 50% della retribuzione**, coperto da contribuzione figurativa, nei seguenti giorni/periodi:

- dal ..... al ....., per complessivi gg. \_\_;
- dal ..... al ....., per complessivi gg. \_\_;
- dal ..... al ....., per complessivi gg. \_\_;
- dal ..... al ....., per complessivi gg. \_\_;
- dalle ore \_\_:\_\_ alle ore \_\_:\_\_ del giorno .....
- dalle ore \_\_:\_\_ alle ore \_\_:\_\_ del giorno .....
- dalle ore \_\_:\_\_ alle ore \_\_:\_\_ del giorno .....

A tal fine dichiara, inoltre, che l'altro genitore (indicare nome e cognome).....  
 ..... nato/a a ..... (.....)  
 il ...../...../..... codice fiscale:.....:

- è lavoratore dipendente pubblico/privato presso (specificare denominazione del datore di lavoro e relativo indirizzo completo) .....

- non ha richiesto, per i giorni/periodi di cui alla presente istanza, il medesimo congedo, né l'astensione dal lavoro.

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

Data \_\_\_\_\_

Firma

Il Responsabile della Struttura

**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. Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una email al seguente indirizzo: [ateneo@pec.unina.it](mailto:ateneo@pec.unina.it); oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: [rpd@unina.it](mailto:rpd@unina.it); PEC: [rpd@pec.unina.it](mailto:rpd@pec.unina.it). Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l'Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato al seguente indirizzo: [uappc@unina.it](mailto:uappc@unina.it); PEC: [uappc@pec.unina.it](mailto:uappc@pec.unina.it). Agli interessati competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE. 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>.