

marca da bollo di
Euro 16,00

DOMANDA DI CONGEDO PARENTALE
(D.Lgs n. 151/2001 e ss.mm.ii.)

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di
Napoli Federico II Ufficio Scuole di Specializzazione
area medica - Via Sergio Pansini, 1 - Edificio 14/E -
80131 Napoli _

mail: scsppol@unina.it; PEC: scsppol@pec.unina.it

A) Dati del/della richiedente

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ (prov. _____) il _____ residente in Via
_____ n. _____ cap. _____ Località _____
(prov. _____) domiciliato/a (se diverso dalla residenza) in Via _____ n. _____ cap
_____ Località _____ tel _____ (eventuale recapito PEC
_____) iscritto/a per l'anno accademico _____ al _____ anno
della Scuola di Specializzazione in _____

CHIEDE

di usufruire del congedo parentale nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____

A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., dichiaro ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.:

B) dati del minore

nome _____ cognome _____ codice fiscale
_____ nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ via _____

C) dichiarazione del/della richiedente

- di non aver usufruito per lo stesso minore di periodi di congedo parentale;
 di avere già usufruito per lo stesso minore di periodi di congedo parentale per un totale di giorni _____.

D) dati dell'altro genitore

nome _____ cognome _____ codice fiscale _____

_____ nato/a il _____ a _____ prov. _____

Stato _____ attività lavorativa _____

lavoratore/lavoratrice dipendente presso _____ con sede a _____ in via _____

non è lavoratore/lavoratrice dipendente (specificare tipologia) _____

non ha richiesto, per lo stesso minore, periodi di congedo parentale

ha richiesto, per lo stesso minore, periodi di congedo parentale per un numero di giorni _____

E) note

F) dichiarazioni

DICHIARA

di essere a conoscenza che il periodo di sospensione delle attività formative dovrà essere recuperato e che ciò comporta inevitabilmente uno slittamento della futura data di conseguimento del diploma di specializzazione. Nel periodo di sospensione non potrà partecipare all'attività formative.

G) allegati

copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

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 e-mail al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it. Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l'Ufficio Scuole di Specializzazione area medica: scspol@unina.it; PEC: scppol@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>.

Data, _____

(firma)

VISTO del Direttore della Scuola di Specializzazione

(Firma e Timbro)