

UOC RISORSE UMANE

MOD 24/RU

**Oggetto: Richiesta CONGEDO PARENTALE PER IL GENITORE (entro il dodicesimo anno del bambino) ex art. 25 DL 18/2020
CURA ITALIA (max 15 gg, indipendentemente dal numero di figli)**

All' U.O.C. Risorse Umane.

Rilevazione Presenze

Sede di _____

Il /La sottoscritto/a _____

matricola n° _____ Con rapporto di lavoro a determinato indeterminato
tempo

Qualifica di _____,

in servizio presso (Stabilimento/Unità Operativa/Servizio/Ufficio)

padre/madre di _____ nato/a _____ il _____

COMUNICA

di volersi astenere dal lavoro per congedo parentale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 25 del D.L. 18/2020, relativo al figlio/a

_____ nato/a il _____

nei giorni _____ con retribuzione ridotta del 50%

Consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni mendaci o incomplete,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che l'altro genitore Sig./Sig.ra _____

dipendente dell'Azienda¹ _____ matricola² _____

- NON ha usufruito di alcun giorno di congedo parentale allo stesso titolo
- Ha usufruito di n. _____ giorni di congedo parentale allo stesso titolo, nelle giornate di _____
- Nel nucleo familiare NON vi è altro genitore beneficiario di strumenti di sostegno al reddito (in caso di sospensione o cessazione dell'attività lavorativa o altro genitore disoccupato o non lavoratore)

Data

Il dipendente

Visto
Il Responsabile UO/Servizio

(timbro e firma)

¹ Ragione sociale dell'Azienda da cui dipende l'altro genitore o la condizione sociale (disoccupato/a ecc.)

² Numero di matricola dell'altro genitore (solo nel caso in cui sia dipendente di questa Azienda)

UOC RISORSE UMANE

MOD 25/RU

Oggetto: Richiesta CONGEDO PARENTALE PER IL GENITORE DI FIGLIO CON DISABILITA' ex art. 25 co.5 DL 18/2020 CURA ITALIA (max 15 gg, indipendentemente dal numero di figli)

All' U.O.C. Risorse Umane.

Rilevazione Presenze

Sede di _____

Il /La sottoscritto/a _____

matricola n° _____ Con rapporto di lavoro a determinato indeterminato tempo

Qualifica di _____

In servizio presso (Stabilimento/Unità Operativa/Servizio/Ufficio):

padre/madre di _____ nato/a _____ il _____

COMUNICA

di volersi astenere dal lavoro per congedo parentale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 25 del D.L. 18/2020, relativo al figlio/a

_____ nato/a il _____ con situazione di disabilità accertata ai

sensi dell'art. 4, co. 1 L.104/92 iscritto a scuola o ospitato in centro diurno a carattere assistenziale),

nei giorni _____ con retribuzione ridotta del 50%.

Consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni mendaci o incomplete,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che l'altro genitore Sig./Sig.ra _____
 dipendente dell'Azienda¹ _____ matricola² _____

- NON ha usufruito di alcun giorno di congedo parentale allo stesso titolo
- Ha usufruito di n. _____ giorni di congedo parentale allo stesso titolo, nelle giornate di _____
- Nel nucleo familiare NON vi è altro genitore beneficiario di strumenti di sostegno al reddito (in caso di sospensione o cessazione dell'attività lavorativa o altro genitore disoccupato o non lavoratore)

Il dipendente

Data _____

 Visto
 Il Responsabile UO/Servizio

(timbro e firma)

¹ Ragione sociale dell'Azienda da cui dipende l'altro genitore o la condizione sociale (disoccupato/a ecc.)

² Numero di matricola dell'altro genitore (solo nel caso in cui sia dipendente di questa Azienda)

Oggetto: Richiesta Estensione Permessi retribuiti ex art. 33, comma 3 L. 104/92 di cui all'art. 24 del DL 18/2020 CURA ITALIA (max 12 gg nel periodo marzo – aprile 2020).

All' U.O.C. Risorse Umane.

Rilevazione Presenze

Sede di _____

Il/La sottoscritto/a _____

matricola n° _____ Con rapporto di lavoro a determinato indeterminato
tempo

Qualifica di _____, in servizio presso

(Stabilimento/Unità Operativa/Servizio/Ufficio): _____

Con rapporto di lavoro tempo pieno part-time

CHIEDE

La concessione di ulteriore permesso retribuito ex art. 33 comma 3 L. 104/92 (DL 18/2020)* per i giorni:
_____, per complessivi giorni _____ *

**La fruizione dei permessi è prevista anche per i lavoratori beneficiari di permessi per se stessi; negli altri casi la persona da assistere non deve essere ricoverata;*

NB. il numero dei permessi è proporzionale alla prestazione lavorativa (tempo pieno/part-time)

Data

Il dipendente
(firma leggibile)

DI COMPETENZA DEL RESPONSABILE UO/SERVIZIO:

La richiesta:

- E' COMPATIBILE con le esigenze organizzative dell'Azienda
- NON E' COMPATIBILE con le esigenze organizzative dell'Azienda

Data

Il Dirigente Responsabile dell'UO/Servizio
(timbro e firma)

Oggetto: Richiesta CONGEDO NON RETRIBUITO e senza contribuzione figurativa in presenza di figli di età compresa tra 12 e 16 anni ex art. 23 comma 6 DL 18/2020 CURA ITALIA

All' U.O.C. Risorse Umane.

Rilevazione Presenze

Sede di _____

Il /La sottoscritto/a _____

matricola n° _____

Con rapporto di lavoro a determinato

indeterminato

tempo

Qualifica di _____,

In servizio presso (Stabilimento/Unità Operativa/Servizio): _____

padre/madre del figlio/a: _____

nato/a il _____ (di età compresa tra i 12 e i 16 anni)

CHIEDE

di potersi astenere dal lavoro, senza indennità né contribuzione figurativa, nel seguente periodo di sospensione attività didattica/ servizi educativi ai sensi e per gli effetti dell'art. 23 comma 6 del D.L. 18/2020, relativo al figlio/a

_____ ,

nei giorni _____.

Consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni mendaci o incomplete,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che l'altro genitore Sig./Sig.ra _____

dipendente dell'Azienda¹ _____ matricola² _____

NON beneficia di strumenti di sostegno al reddito (in caso di sospensione o cessazione dell'attività lavorativa o altro genitore disoccupato o non lavoratore).

Il dipendente

Data _____

Visto

Il Responsabile UO/Servizio

(timbro e firma)

¹ Ragione sociale dell'Azienda da cui dipende l'altro genitore o la condizione sociale (disoccupato/a ecc.)

² Numero di matricola dell'altro genitore (solo nel caso in cui sia dipendente di questa Azienda)