



CONGEDO PER LA MALATTIA DEL BAMBINO

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____
in servizio presso _____
genitore del/della minore _____
nato/a a _____ in provincia di (_____)
il _____, codice fiscale: _____, ai sensi dell'art. 47 del D.Lgs. n. 151/01,

CHIEDE^(*):

PER LA MALATTIA DEL/DELLA FIGLIO/A MINORE DI ANNI 3:

ai sensi dell'art. 31, c. 5, del CCNL Comparto Università del 16.10.2008, a decorrere dal giorno _____ al giorno _____:

- n. _____ giorni di congedo retribuito in quanto, nel corrente anno di vita del figlio, non ha fruito complessivamente dei trenta giorni di assenza retribuita (cod. Si.R.P. n. 250).
- 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 (cod. Si.R.P. n. 250).

PER LA MALATTIA DEL/DELLA FIGLIO/A DI ETÀ COMPRESA FRA I 3 E GLI 8 ANNI:

- n. _____ giorni di congedo non retribuito dal giorno _____ al giorno _____ (cod. Si.R.P. n. 250)
- n. _____ ore di congedo non retribuito per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ (cod. Si.R.P. n. 25)

Dichiara che l'altro genitore _____
nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____
lavora presso _____

sede _____ e ha già fruito, nel corrente anno di vita del/la figlio/a

- n. _____ giorni di congedo retribuito per la malattia del/della bambino/a nei seguenti periodi:

_____ lo/a stesso/a, inoltre, non ha richiesto di astenersi dal lavoro negli stessi giorni per il medesimo motivo.

- non ne ha diritto.

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

Il/La sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 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/alla dipendente addetto/a, previo accertamento della propria identità

Napoli, li _____

Firma _____

Visto: Il/La 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.

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; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpdc@unina.it; PEC: rpdc@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; PEC: 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>.