AL SIGNOR QUESTORE - ROMA

CONGEDO PER LA MALATTIA DEL FIGLIO
Mod. n.2

Il/la sottoscritto/a

Dati Anagrafici																							
Qualifica																							
Cognome																							
Nome																							
Nato il																							
A																				**Prov.**			
In servizio presso																							

Dati anagrafici del/la figlio/a per il/la quale viene richiesto il beneficio

Campi obbligatori

Cognome																							
Nome																							
Nato il																							
A																				**Prov.**			

In caso di Affidamento/adozione	**Nazionale**		**Internazionale**		**Data ingresso nel nucleo familiare:**

Estremi provvedimento di adozione/affidamento del Tribunale dei Minori:

CHIEDE

Di fruire di giorni		**di congedo per la malattia del figlio**, ai sensi degli artt.47 e 50 del D.lgs.151/2001 e s.m.i., del D.P.R. 170/2007 e D.P.R 39/2018
Per il/i periodo/i dal		**al**
Con il seguente trattamento economico		**INTERO** come previsto dalle vigenti disposizioni in materia di congedo straordinario
		NESSUNA RETRIBUZIONE

N.B.: il certificato deve essere rilasciato dal medico curante del S.S.N o con esso convenzionato, che ha in cura il minore, con l'indicazione che lo stesso è affetto da patologia, senza che sia specificata necessariamente la diagnosi. Inoltre il beneficio in argomento NON può essere preso contemporaneamente da entrambi i genitori.

Al riguardo, consapevole della responsabilità penale ed amministrativa cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci a norma degli artt.75 e 76 del D.P.R. 445/2000, **DICHIARA, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000. N.B. I dati sotto indicati, relativi all'altro genitore, sono soggetti a controllo da parte dell'Amministrazione**

Che l'altro genitore (Nome e Cognome)			
E' impiegato/a presso		**Sito/a in**	
Via		**In qualità di padre/madre del/la suddetto/a bambino/a**	
Non occupato/a		**È lavoratore autonomo P.IVA**	
Non ha fruito		**Ha fruito dello stesso beneficio nei periodi richiesti con la presente dal sottoscritto.** **N.B :in caso affermativo, il congedo di cui alla presente istanza non potrà essere accordato.**	

Precedentemente alla presente richiesta, **lo scrivente nell'anno in corso** ha fruito di congedo straordinario a vario titolo (malattia, esami, gravi motivi, malattia bambino, congedo parentale,ecc) per **complessivi giorni…….....…..**

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi D.Lgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Inoltre, di essere a conoscenza che qualora a seguito della verifica da parte dell'Amministrazione quanto dichiarato non dovesse trovare riscontro, si procederà alla tempestiva contestazione degli addebiti per lo svolgimento del relativo procedimento e, se del caso, alla comunicazione alle Autorità competenti delle ipotesi di reato.

Luogo e data_____ **Firma del richiedente**_____

Allega: _____

La presente può essere sottoscritta in presenza del funzionario dell'ufficio o, in alternativa, può essere spedita per posta o fax, corredata da una copia di valido documento di riconoscimento dell'interessato - art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DI APPARTENENZA

Si attesta l'autenticità della firma, apposta in mia presenza dal dipendente in data _____(art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000)

Luogo e data **Timbro e firma del funzionario addetto**