

	Amministrazione destinataria Regione Friuli Venezia Giulia Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	
--	---	--

Domanda di congedo per maternità o paternità

Ai sensi della Legge 08/03/2000, n. 53

Il sottoscritto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

inquadrate nel seguente profilo professionale		
Figura professionale		Categoria salariale
Direzione		Servizio

CHIEDE

<input type="radio"/>	il congedo obbligatorio per gravidanza
<input type="radio"/>	il congedo obbligatorio per puerperio
<input type="radio"/>	il congedo parentale (ex facoltativo) fino al sesto anno di vita
<input type="radio"/>	il congedo parentale dai sei agli otto anni di vita (ex facoltativo)
<input type="radio"/>	il congedo parentale dagli otto ai 12 anni di vita
<input type="radio"/>	la riduzione di orario per l'allattamento

a decorrere	
Dal	Al

per il figlio			
Cognome		Nome	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita
Cittadinanza			
Riduzione orario			
<input type="radio"/>	Sì		
<input type="radio"/>	no		

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

<input type="radio"/>	di far parte di un nucleo monoparentale
<input type="radio"/>	di far parte di un nucleo pluriparentale

<input type="checkbox"/> dati del secondo genitore <i>(da compilare in caso di nucleo pluriparentale)</i>										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Situazione lavorativa										
<input type="radio"/> disoccupato										
<input type="radio"/> lavora presso										
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia				
Sede operativa										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Orario lavorativo										
Congedo malattia figlio <i>(da compilare se il secondo genitore lavora)</i>										
<input type="radio"/> non ha usufruito del congedo malattia figlio										
<input type="radio"/> ha usufruito del congedo malattia figlio nel seguente periodo										
Periodo										

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di essere a conoscenza di quanto previsto dalla normativa vigente sulla modalità di utilizzo dei congedi
- ☒ di essere a conoscenza che congedi e orari vanno concordati con il responsabile del servizio

Eventuali annotazioni
<div></div>

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante