

Amministrazione destinataria

Regione Molise

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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					Piano
					<input type="checkbox"/>
					SNC
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				Posta elettronica certificata	
				<input type="text"/>	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica****inquadramento nel seguente profilo professionale**

Figura professionale	Categoria salariale	Posizione economica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Direzione	Servizio	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

CHIEDE

- ☐ il congedo obbligatorio per gravidanza
- ☐ il congedo obbligatorio per puerperio
- ☐ il congedo parentale (ex facoltativo) fino al sesto anno di vita
- ☐ il congedo parentale dai sei agli otto anni di vita (ex facoltativo)
- ☐ il congedo parentale dagli otto ai 12 anni di vita
- ☐ la riduzione di orario per l'allattamento

a decorrere

Dal	Al
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

per il figlio

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Riduzione orario

- ☐ sì
- ☐ 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

- ☐ di far parte di un nucleo monoparentale
- ☐ di far parte di un nucleo pluriparentale

☐ **dati del secondo genitore***(da compilare in caso di nucleo pluriparentale)*

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Situazione lavorativa

- ☐ disoccupato
- ☐ lavora presso

Denominazione/Ragione sociale

Tipologia

Sede operativa

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

Orario lavorativo

Congedo malattia figlio*(da compilare se il secondo genitore lavora)*

- ☐ non ha usufruito del congedo malattia figlio
- ☐ 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**Elenco degli allegati**

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

☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ altri allegati

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)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Campobasso

Luogo

Data

Il dichiarante