



Amministrazione destinataria

Comune di Udine

Ufficio destinatario

Unita' giuridica risorse umane e
rilevazione presenze

Domanda di congedo per malattia del figlio naturale

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Domicilio	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

in qualità di dipendente comunale

Tipologia di contratto

- a tempo determinato
- a tempo indeterminato

Tipologia di impiego orario

- a tempo pieno
- a tempo parziale orizzontale
- a tempo parziale verticale
- a tempo parziale verticale

in servizio presso il seguente settore

Settore

COMUNICA

che a causa della malattia del figlio ha fruito di un congedo

- retribuito al 100%
- non retribuito

per un totale di giorni

Totale giorni

nei seguenti giorni o orari**Giorni o orari** giorno singolo

Data

 più giorni

Dal

Al

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 essere genitore del seguente minore in relazione al seguente minore per il quale si è usufruito del congedo

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza		

DICHIARA INOLTRE

di aver fruito alla data odierna di aver fruito di altri congedi parentali come di seguito specificato

Totale giorni fruiti

presso le seguenti aziende/amministrazioni

Azienda o amministrazione 1**Denominazione amministrazione o azienda**

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

Telefono

Posta elettronica ordinaria

Numero giorni

Azienda o amministrazione 2**Denominazione amministrazione o azienda**

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

Telefono

Posta elettronica ordinaria

Numero giorni

Azienda o amministrazione 3**Denominazione amministrazione o azienda**

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

Telefono

Posta elettronica ordinaria

Numero giorni

- di non assentarsi dal lavoro a titolo di congedo per la malattia del minore sopra indicato nelle medesime giornate in cui l'altro genitore utilizzerà il congedo di cura per lo stesso minore

Dati altro genitore

Cognome		Nome	Codice Fiscale
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

- dichiarazione dell'altro genitore
- certificato di nascita del minore
(in alternativa all'autodichiarazione)
- copia del certificato medico
- 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.

Rovigo

Luogo

Data

Il dichiarante