

AL DIRETTORE DELLA  
U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE  
ASL NA 3 SUD

AL DIRETTORE  
DISTRETTO N. \_\_\_\_\_

## RICHIESTA CONGEDO PARENTALE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_,  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_  
dipendente di questa ASL chiede di assentarsi dal servizio per **congedo parentale (totale mesi 6  
astensione facoltativa)** ai sensi dell'art. 2 comma 1 lett. i) del D.Lvo n105/2022

per il/la figlio/a \_\_\_\_\_

( ) nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

**ADOTTATO IL** \_\_\_\_\_

**( A ) Con trattamento economico intero per il periodo (primi 30 giorni )**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**( B ) Con indennità pari al 30% della retribuzione ( 5 mesi da 0 a 12 anni)**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

## DICHIARA

Di aver già usufruito dei seguenti periodi di congedo parentale in relazione al predetto figlio:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con retribuzione al 100% - 30% - nessuna retribuzione

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con retribuzione al 100% - 30% - nessuna retribuzione

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con retribuzione al 100% - 30% - nessuna retribuzione

Allega dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

DATA \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C:F: \_\_\_\_\_

**DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA' E NEL MIO INTERESSE**

( ) che \_\_\_\_\_ (nato/a il \_\_\_\_\_)

padre/madre, di mio figlio/a \_\_\_\_\_

( ) è dipendente del datore di lavoro \_\_\_\_\_

( ) non è lavoratore/trice dipendente

**ha usufruito** per lo/a stesso/a dei seguenti periodi di astensione facoltativa :

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con trattamento economico<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con trattamento economico<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

(  
**1) Specificare se trattamento economico 100% - 30% o senza assegni**

**non ha usufruito** di periodi di astensione facoltativa per il suddetto figlio/a, impegnandomi a comunicare eventuali future richieste di utilizzo.

Io sottoscritto consento espressamente all'A.S.L. NA 3 SUD il trattamento dei dati personali di cui al Dlgs. 196/2003 e contenuti nel presente documento per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge.  
Sono consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'ASL NA 3 SUD verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

(luogo e data) \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE<sup>(a)</sup>

Visto, si attesta che il dichiarante \_\_\_\_\_, previamente identificato con<sup>(b)</sup> \_\_\_\_\_, ha reso e sottoscritto in mia presenza la presente dichiarazione.

L'addetto<sup>(c)</sup>

(timbro d'ufficio) \_\_\_\_\_

Il dichiarante presenta copia fotostatica del documento di identità<sup>(d)</sup> \_\_\_\_\_

L'addetto \_\_\_\_\_