

**AL DIRETTORE SANITARIO**

**AZ.** \_\_\_\_\_

**e.p.c. al Direttore U.O. di** \_\_\_\_\_

**Oggetto: Congedo Parentale Straordinario al 50% O SENZA RETRIBUZIONE (Decreto Legge n.18 del 17marzo 2020 Cura Italia)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_ padre/madre del/la bambino/a \_\_\_\_\_

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

Comunica che nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di giorni n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) intende fruire del diritto di astensione facoltativa dal lavoro per congedo parentale - con retribuzione al **50% O SENZA RETRIBUZIONE** previsto dall'**art. 25 del Decreto Legge n.18 del 17marzo 2020 Cura Italia.**

- Dichiaro inoltre che l'altro genitore \_\_\_\_\_ nato a il \_\_\_\_\_, non usufruisce relativamente a tale periodo richiesto del congedo richiesto ai dell'art.25 del D.L. 18/2020

- Che mio/a marito o moglie non è beneficiario di strumenti di sostegno al reddito;

- Di non essere disoccupato di lavorare presso \_\_\_\_\_

li \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

**Firma del Dipendente**

**(conferma dell'altro genitore, qualora egli sia lavoratore dipendente)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ ai sensi degli Artt.46/47 del DPR n. 445/2000, conferma la suddetta dichiarazione.

li \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

**Firma** \_\_\_\_\_

(indicare nome e cognome e la professione svolta/dati datore di lavoro se è lavoratore dipendente)