

AL DIRETTORE SANITARIO
P.O. GARIBALDI NESIMA/ CENTRO

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)