

	Amministrazione destinataria Regione Umbria  Ufficio destinatario	
--	--	--

**Domanda di congedo per maternità o paternità**  
*Ai sensi della Legge 08/03/2000, n. 53*

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

inquadrate nel seguente profilo professionale			
Figura professionale		Categoria salariale	Posizione economica
Direzione		Servizio	

**CHIEDE**

<input type="radio"/>	il congedo obbligatorio per gravidanza
<input type="radio"/>	il congedo obbligatorio per puerperio
<input type="radio"/>	il congedo parentale (ex facoltativo) fino al sesto anno di vita
<input type="radio"/>	il congedo parentale dai sei agli otto anni di vita (ex facoltativo)
<input type="radio"/>	il congedo parentale dagli otto ai 12 anni di vita
<input type="radio"/>	la riduzione di orario per l'allattamento

a decorrere	
Dal	Al

per il figlio				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Riduzione orario				
<input type="radio"/>	Sì			
<input type="radio"/>	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

<input type="radio"/>	di far parte di un nucleo monoparentale
<input type="radio"/>	di far parte di un nucleo pluriparentale

<input type="checkbox"/> <b>dati del secondo genitore</b>										
<i>(da compilare in caso di nucleo pluriparentale)</i>										
<b>Cognome</b>			<b>Nome</b>			<b>Codice Fiscale</b>				
<b>Situazione lavorativa</b>										
<input type="radio"/>	disoccupato									
<input type="radio"/>	lavora presso									
<b>Denominazione/Ragione sociale</b>						<b>Tipologia</b>				
<b>Sede operativa</b>										
<b>Provincia</b>	<b>Comune</b>		<b>Indirizzo</b>		<b>Civico</b>	<b>Barrato</b>	<b>Scala</b>	<b>Interno</b>	<b>SNC</b>	<b>CAP</b>
									<input type="checkbox"/>	
<b>Orario lavorativo</b>										
<b>Congedo malattia figlio</b>										
<i>(da compilare se il secondo genitore lavora)</i>										
<input type="radio"/>	non ha usufruito del congedo malattia figlio									
<input type="radio"/>	ha usufruito del congedo malattia figlio nel seguente periodo									
<b>Periodo</b>										

### 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)*

<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

### 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)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>