

CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO
(ai sensi degli artt. 47, 48, 49, 50 e 51 del D. Lgs. n.151/2001)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____, matr. _____ (tel. _____)
in servizio presso il Dipartimento _____
nel settore scientifico-disciplinare _____
con la qualifica di _____,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

comunica che intende assentarsi dal lavoro per **malattia del bambino**, ai sensi del D. Lgs. n. 151/2001, artt. 47,
48, 49, 50 e 51, per il periodo dal _____ al _____.

A tal fine il/la sottoscritto/a,

DICHIARA:

- che il/la bambino/a _____

è nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

- proprio figlio naturale;
- minore adottato o affidato in data _____ con provvedimento n. _____

rilasciato dal Tribunale di _____;

- di allegare alla presente dichiarazione certificazione sanitaria rilasciata dal medico specialista del
S.S.N. o con esso convenzionato;

DICHIARA

- di essere genitore solo.
- che l'altro genitore/affidatario Sig. /Sig.ra _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____
Via/Piazza _____ n. _____
lavoratore dipendente presso _____

- non è in astensione dal lavoro negli stessi giorni per il medesimo motivo; ovvero,
- non ha diritto all'astensione dal lavoro per malattia del bambino, in quanto:
 - lavoratore autonomo
 - non lavoratore;

Il/La sottoscritto/a è consapevole che decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Bari, li _____

*

(firma)

**Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido il dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. (art. 38 DPR 445/00).*

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro al trattamento dei propri dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, per finalità strettamente connesse alla trattazione della presente domanda, conformemente all'informativa privacy pubblicata all'indirizzo <http://www.uniba.it/informativaprivacy> , a cui si rinvia.

(firma)

NB Il presente modulo dovrà pervenire alla U.O. Gestione documentale di questa Amministrazione -Palazzo Ateneo- anche tramite posta certificata all'indirizzo universitabari@pec.it.



Direzione Risorse Umane – Sezione Personale Docente

U.O. Carriera Personale Docente Tel 080 5714309-4320-4278
U.O. Ricercatori e Assegnisti Tel. 080 5714319 -4028 -4280
fax 080571-4560 universitabari@pec.it