# RICHIESTA DI ASTENSIONE PER MALATTIA DEL/DELLA BAMBINO/A

# DI ETA’ INFERIORE AGLI OTTO ANNI

AL DIRETTORE GENERALE

DELL’UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI MILANO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Io sottoscritta/o |  | matricola |  |
| nata/o il |  | a |  |
| e-mail |  | qualifica |  |
| sede di servizio |  | tel. |  |

**CHIEDO**

di usufruire dell’astensione dal lavoro per malattia del/della figlio/a, certificata dal medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato, ai sensi della legge 8.3.2000 n. 53, dell’art. 23, punto 8 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 1994/1997, dell'art. 31 del Contratto Collettivo Nazionale 1998/2001 e dell'art. 47 del D.Lgs. 26.3.2001 n. 151, a favore del/della proprio/a figlio/a:

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e Nome |  |
|  |  |
| Nato/a il |  | a |  |
|  |  |  |  |
| Codice fiscale |  |

* Figlio/a biologico/a

numero dei nati in caso di parto gemellare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* minore adottato/a

 data di ingresso del/della minore in famiglia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* minore affidato/a

 data di ingresso del/della minore in famiglia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| per il periodo dal |  | al |  |

Figlio/a biologico/a:

* entro il terzo anno di vita: primi 30 giorni retribuiti al 100%, per anno di vita del/della bambino/a
* entro il terzo anno di vita: ulteriori periodi senza retribuzione
* oltre il terzo anno di vita e fino all’8° anno: 5 giorni lavorativi annuali senza retribuzione

N.B.: Ai fini del computo dell’anno vanno considerati i periodi con decorrenza dalla data di nascita del/della figlio/a.

Minore adottato/a o affidato/a:

* fino al compimento del sesto anno di vita del/della bambino/a, per i primi tre anni: primi 30 giorni retribuiti al 100%
* oltre il sesto anno di vita del/della bambino/a e fino al compimento dell’ottavo anno: 5 giorni lavorativi annuali senza retribuzione
* qualora all’atto dell’adozione o dell'affidamento il/la minore abbia una età compresa tra 6 e 12 anni, per i primi tre anni dalla data di ingresso del/della minore nel nucleo familiare: 5 giorni lavorativi all’anno per ciascun genitore, senza retribuzione.

\*\*\*\*

Consapevole delle conseguenze previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, autocertifica:

####

1 - 🞏 di non avere usufruito dell’astensione per malattia del figlio/della figlia presso altri enti pubblici o privati nello stesso anno;

2 - 🞏 di avere già usufruito dell’astensione per malattia del figlio/della figlia presso altri enti pubblici o privati come segue:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi giorni \_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi giorni \_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 dichiara che l’altro genitore non fruisce di analogo beneficio nello stesso periodo e per gli stessi motivi, come da Dichiarazione Sostitutiva dell’Atto di Notorietà che allega alla presente istanza.

Milano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

**(ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

La/Il sottoscritta / o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

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. 28.12.2000 n. 445,

# DICHIARA

(ai sensi dell’art. 47 del D.Lgs. 26.3.2001 n. 151)

che l’altro genitore: cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

che presta servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_\_\_,

nel periodo di riferimento della presente richiesta di astensione malattia figlio/a non sta

usufruendo del medesimo istituto a favore del/della figlio/a malato/a.

Dichiara altresì che l’altro genitore, nel corrente anno di vita del/della figlio/a:

* non ha usufruito di giorni di astensione per la malattia del/della figlio/a
* ha usufruito di n. \_\_\_\_\_\_\_\_ giorni di astensione per la malattia del/della figlio/a nei seguenti periodi:

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

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

con il seguente trattamento economico:

* 100%
* 0%

Dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196,, nonché del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati, o più brevemente, RGPD) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo, data)

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del/lla dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia di un documento d’identità valido del dichiarante.**