

RICHIESTA PERMESSO **RETRIBUITO E NON RETRIBUITO** PER MALATTIA FIGLIO IN
ETA' INFERIORE A 3 ANNI LEGGE 8 MARZO 2000 N. 53 E D.LGS 151/2001

Il /La sottoscritto/a _____ matricola _____
dipendente in qualità di _____ c/o la S.C. _____
a tempo _____ TEL _____

CHIEDE

La fruizione di un periodo di permesso retribuito/non retribuito dal _____ al _____
per complessivi giorni _____ per assistere il figlio/a _____
nato/a il _____ durante la malattia.

**La richiesta dev'essere inoltrata tempestivamente, comunque entro 3 giorni dall'evento e
successivamente, per avere titolo al beneficio, dovrà essere debitamente documentata tramite
certificato medico rilasciato dal pediatra entro 15 giorni dalla fruizione.**

Torino, _____

IL RICHIEDENTE

PRESA VISIONE

IL DIRETTO SUPERIORE

IL DIRETTORE DELLA
STRUTTURA COMPLESSA

IL RESPONSABILE
DELLA DIREZIONE SANITARIA

AUTOCERTIFICAZIONE

(Da compilare sempre, anche nel caso in cui l'altro genitore sia libero professionista/o-
disoccupata/o-casalinga/o)

La/Il sottoscritto/a _____, ai sensi dell'art. 46 o 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.
445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 del suddetto D.P.R.

DICHIARA CHE

l'altro genitore _____ essendo

DIPENDENTE presso _____ Via _____ Città _____
 LIBERO PROFESSIONISTA/O - CASALINGA/O - DISOCCUPATA/O

*alla data odierna non è stata/o assente dal servizio nei suddetti giorni per la stessa motivazione e il
numero dei giorni effettivamente fruiti da entrambi i genitori per il beneficio di cui trattasi, non è a
tutt'oggi superiore a 30 come prescritto dalla normativa vigente.*

Torino, _____

(firma)

Parte riservata all'ufficio

CAUSALE _____ DAL _____ AL _____ GG. _____ al 100%
CAUSALE _____ DAL _____ AL _____ GG. _____ SENZA ASSEGNI