



Modulo di Unità Operativa	MU 201110 22 Rev. 7 del 10/08/2022 Pagina 1 di 2
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UNICO UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	
RICHIESTA CONGEDO PARENTALE	

Il/la sottoscritto/a NOME: COGNOME:
MATRICOLA: in servizio presso:
con qualifica di:

CHIEDE

di usufruire di un congedo parentale, ai sensi dell'art. 32 del d. lgs 151/2001 per il figlio/a o per il minore in affido

☐ il/i giorno/i

☐ per il/i periodo/i dal

al dal al

dal al dal al

A tal fine **DICHIARA:**

cognome e nome dell'altro genitore ;

nato/a il :

☐ l'altro genitore ha usufruito di congedo parentale nei seguenti periodi:

Dal	Al	Tot. giorni	% retribu- zione	Presso l'Ente/Azienda (denominazione, indirizzo, telefono)

☐ l'altro genitore è dipendente presso l'Ente/Ditta
indirizzo tel

ma non ha usufruito di alcun periodo di congedo parentale;

☐ l'altro genitore non ha diritto ad usufruire del congedo parentale in quanto:

☐ lavoratore autonomo;

☐ non lavoratore;



- ☐ di essere genitore solo poiché l'altro genitore:
- ☐ è deceduto/a in data a ;
 - ☐ è affetto/a da grave infermità come da certificazione medica allegata*;
 - ☐ ha abbandonato il/la figlio/a in data (documentazione agli atti del Comune di);
 - ☐ non ha riconosciuto il figlio;
 - ☐ versa in regime di restrizione della libertà personale;
- ☐ di essere genitore solo poiché unico affidatario del figlio**

ALLEGA:

- ☐ “MU19 – Dichiarazione nascita figlio” (solo il personale NON afferente al SPS) oppure “MU 25 Dichiarazione adozione-affido figlio”. **Nel caso di personale afferente al Servizio Professioni Sanitarie** comunica la data di nascita del figlio tramite il **modulo on line** “Dichiarazione nascita figlio” disponibile su Bandi e Istanze ;
- ☐ **copia del provvedimento di affidamento esclusivo;
- ☐ *certificato medico comprovante la grave infermità dell'altro genitore e la sua inidoneità ad assistere il/la minore;

Il presente modulo deve essere consegnato almeno 5 giorni prima dell'inizio del periodo richiesto.

Il/la sottoscritto/a:

*-è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76 DPR n 445/2000
-è consapevole che decade dai benefici acquisiti sulla base di 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);
-è informato che AOUI tratterà i dati forniti, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati potrebbero essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale (art.13 d. lgs. 196/2003 e art. 13 Regolamento UE 2016/679);
-è consapevole che il titolare del trattamento dei dati personali è l'AOUI e delegato al trattamento è il Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università;
-è consapevole di poter esercitare i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, ed in particolare il diritto di accesso ai dati personali che lo riguardano in corso di trattamento e alle altre informazioni di cui all'art. 15, par. 1, Regolamento UE 2016/679 e di poter proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma. Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a servizio.personale@aovr.veneto.it, all'indirizzo postale della sede legale di questa AOUI.*

Data _____ -

Firma _____

Data _____ Firma (Direttore UOC/Responsabile) _____

Per la sola dirigenza sanitaria e medica **FIRMA OBBLIGATORIA:**

Data _____ Firma Direttore (Direzione Medica Ospedaliera) _____