

CONGEDO DI PATERNITA'

(Spettante solo in caso di morte o grave malattia della madre ovvero di abbandono o affidamento esclusivo del bambino al padre).

COGNOME _____ NOME _____ MATR. _____

C.F. _____ IN SERVIZIO PRESSO _____

QUALIFICA _____ TEL. _____ TEL.INTERNO _____

DICHIARA DI ESSERE DIPENDENTE CON RAPPORTO DI LAVORO:

TEMPO INDETERMINATO; TEMPO DETERMINATO; TEMPO PIENO; TEMPO PARZIALE

CHIEDE DI ESSERE COLLOCATO IN CONGEDO DI PATERNITA'

(ai sensi dell'art. 28 del Decreto Lgs. 151/2001)

PERIODO

MESI GG. DAL AL

Allega il certificato di nascita, ovvero dichiara che il/la figlio/a è nato/a il _____.

Il sottoscritto dichiara l'assoluta impossibilità della madre Sig.ra _____

a provvedere all'assistenza materna per _____

_____ come da documentazione allegata.

Data, _____ Firma _____

RISERVATO AL SERVIZIO DI APPARTENENZA

SI PRENDE ATTO DELL'ASSENZA

Visto in data _____

Nulla osta **Non si autorizza**

IL COORDINATORE

IL DIRIGENTE/ IL RESPONSABILE

Allegati: _____