

	Amministrazione destinataria Comune di Bergamo	
	Ufficio destinatario	

**Domanda di congedo per malattia del figlio/a**  
*Ai sensi della Legge 08/03/2000, n.53*

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
<b>dipendente del Comune di Bergamo</b>											
Num.matricola		Direzione					Servizio				

**COMUNICA**

<input type="radio"/>	congedo per malattia del figlio di età inferiore ai 3 anni			
<input type="radio"/>	congedo per malattia del figlio dai 3 agli 8 anni di vita			
a decorrere				
per il figlio				
NumFiglio	Cognome	Nome	Data di nascita	Codice fiscale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

<input type="radio"/>	di essere genitore unico	
<input type="radio"/>	che l'altro genitore	
	Cognome	Nome
<input type="radio"/>	Non lavora	
<input type="radio"/>	lavora presso	
	Nome ditta	Via

Città	Orario di lavoro
<input type="radio"/>	Non ha usufruito del congedo malattia figlio
<input type="radio"/>	Ha usufruito del congedo malattia figlio nel seguente periodo:
Periodo	

#### DICHIARA INOLTRE

<input checked="" type="checkbox"/>	di essere a conoscenza di quanto previsto dalla normativa vigente sulla modalità di utilizzo dei congedi
<input checked="" type="checkbox"/>	di essere a conoscenza che congedi e orari vanno concordati con il responsabile del servizio

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input checked="" type="checkbox"/>	copia del certificato medico
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--