



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
e di Alta specializzazione
"Santobono-Pausilipon"**
Via Teresa Ravaschieri, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630

Al Direttore UOC Gestione Risorse Umane
personale@santobonopausilipon.it

RICHIESTA CONGEDO PATERNITA' OBBLIGATORIO D. Lgs. 151/2001

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà
(Artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto _____ nato il _____ a
_____ residente a _____
Via/Piazza _____ dipendente di questa
Azienda in servizio presso _____ inquadrato con il profilo
professionale di _____ matricola n ° _____ cellulare
_____ e- mail aziendale: _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli articoli 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, e della decadenza dai benefici conseguiti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato dall'amministrazione emerga una non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

- che la data presunta del parto è _____;
- che il/la proprio/a figlio/a (nome, cognome) _____ è nato/a a
_____ il _____;
- che il/la proprio/a figlio/a adottivo/a (nome e cognome) _____ ha fatto
ingresso nel nucleo familiare in data _____;
- che il/la proprio/a figlio/a (nome, cognome) _____ è deceduto/a
_____ il _____;
- che si tratta di un parto gemellare;
- di **NON aver mai fruito** per il/la suddetto/a figlio/a di periodi di congedo di paternità obbligatorio;
- di **aver fruito** per il/la suddetto/a figlio/a del congedo di paternità obbligatorio per un **totale di giorni:**
_____.

CHIEDE

la fruizione di permessi retribuiti relativi al **congedo di paternità obbligatorio** ai sensi dell'art. 27 bis del D. Lgs. 151/2001, così come modificato dal D. Lgs. 105/2022.

Dal _____ al _____;

Dal _____ al _____;

Dal _____ al _____;

Dal _____ al _____

per complessivi giorni _____;

Il sottoscritto dichiara di aver rispettato il **limite di fruizione, entro e non oltre i 5 mesi dalla nascita del/della proprio figlio/a**, e di essere consapevole di aver diritto ad usufruire del limite massimo di **10 giorni per ogni figlio/a (20 giorni se parto gemellare)**.

Infine si impegna a comunicare immediatamente eventuali variazioni.

Informativa sulla protezione e il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR) si informa che il trattamento dei dati personali, raccolti dall'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, anche con strumenti informatici, e necessari all'avvio e allo svolgimento del procedimento, sarà effettuato nel rispetto dei principi di cui all'articolo 5 del predetto Regolamento ed esclusivamente per le finalità di cui al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Per quanto riguarda specificatamente i trattamenti di dati personali effettuati si rimanda all'informativa pubblicata sul sito web aziendale – sezione "PRIVACY" disponibile al seguente link <https://www.santobonopausilipon.it/privacy/>.

Luogo e data

Firma del dipendente

Luogo e data

Timbro e Firma del Direttore/Dirigente Responsabile
