

DOMANDA DI CONGEDO PARENTALE
(decreto legislativo n. 151/2001)

Al Magnifico Rettore
dell'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna
Ufficio Carriere Medici in Formazione Specialistica
Via Massarenti 9 - Pad. Murri - 40138 Bologna
Recapito postale: Via Zamboni, 33 - 40126 Bologna
Recapito PEC: scriviunibo@pec.unibo.it

A) Dati del/della richiedente

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ (prov. _____) il _____ residente in Via
_____ n. _____ cap. _____ Località _____
(prov. _____) domiciliato/a (se diverso dalla residenza) in Via _____ n. _____ cap
_____ Località _____ tel _____ (eventuale recapito PEC
_____) iscritto/a per l'anno accademico _____ al _____ anno
della Scuola di Specializzazione in _____ della Facoltà di Medicina e Chirurgia

CHIEDE

di usufruire del congedo parentale nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____

A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, dichiaro ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

B) dati del minore

nome _____ cognome _____ codice fiscale
_____ nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ via _____

C) dichiarazione del/della richiedente

- di non aver usufruito per lo stesso minore di periodi di congedo parentale;
 di avere già usufruito per lo stesso minore di periodi di congedo parentale per un totale di giorni _____.

D) dati dell'altro genitore

nome _____ cognome _____ codice fiscale
_____ nato/a il _____ a _____ prov. _____
Stato _____ attività lavorativa _____

- lavoratore/lavoratrice dipendente presso _____ con sede a _____ in via _____
- non è lavoratore/lavoratrice dipendente (specificare tipologia) _____
- non ha richiesto, per lo stesso minore, periodi di congedo parentale
- ha richiesto, per lo stesso minore, periodi di congedo parentale per un numero di giorni _____

E) note

F) dichiarazioni

DICHIARA

di essere a conoscenza che durante il periodo di sospensione non potrà partecipare alle attività didattico-pratiche e che dovrà recuperare l'attività didattica ed il tirocinio pratico non effettuato nel predetto periodo, ai fini del raggiungimento della formazione specialistica previsto dall'ordinamento della suddetta Scuola.

DICHIARA

infine di essere a conoscenza che il periodo di sospensione del corso deve essere recuperato interamente in un tempo identico al periodo di assenza e che ciò comporta inevitabilmente uno slittamento della futura data di conseguimento del diploma di specializzazione.

G) allegati

- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;

DICHIARO DI IMPEGNARMI A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE QUALSIASI VARIAZIONE

La comunicazione deve essere trasmessa via PEC o via posta unitamente a fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento valido.

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

I dati personali e sensibili forniti saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto e in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori e, nel caso di eventuale rifiuto, l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali e sensibili inoltre possono essere oggetto di comunicazione ad altre amministrazioni pubbliche (o soggetti privati), nei casi previsti dalla legge e/o qualora queste debbano trattare gli stessi per eventuali procedimenti di propria competenza.

Data,

(firma)

VISTO del Direttore della Scuola di Specializzazione

(Firma e Timbro)