

## DOMANDA DI CONGEDO PARENTALE

(D. Lgs. 26.3.2001 n. 151)

**AL MAGNIFICO RETTORE  
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FERRARA  
Ufficio Relazioni con Enti Sanitari**

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ domiciliato/a (se diverso

dalla residenza) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

iscritto/a per l'anno accademico \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno di corso della Scuola di

Specializzazione in \_\_\_\_\_

### 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 rilasci 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:

### DATI DEL MINORE:

nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

## 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

\_\_\_\_\_

## DATI DELL'ALTRO GENITORE:

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

attività lavorativa \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## 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.

**DICHIARO DI IMPEGNARMI A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE QUALSIASI VARIAZIONE**  
**La comunicazione deve essere trasmessa 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**

\_\_\_\_\_

**In caso di inoltro a mezzo posta o fax, allegare copia di un documento di identità.**