



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

**Al Servizio per il Reclutamento e
Gestione del Personale della Scuola
Tramite PITre**

TUTELA DELLA MATERNITA' - CONGEDI MATERNITA' E MALATTIA BAMBINO/A

(art. 37, comma 3, 4, 5, 6 e 11; e comma 8 del vigente C.C.P.L. del personale di categoria)

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____ in servizio presso
_____ con rapporto di lavoro a tempo

pieno parziale orizzontale parziale verticale

DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO

ch i e d e

CONGEDO DI MATERNITA' (2 MESI PRIMA DEL PARTO)

dal _____ al _____

- Si allega **certificato medico rilasciato dallo specialista con la data presunta del parto.**

CONGEDO DI MATERNITA' (1 MESE PRIMA DEL PARTO O 5 MESI DOPO IL PARTO)

dal _____ al _____

- Si allega **certificato medico rilasciato dallo specialista in servizio presso l'Azienda sanitaria territoriale**, acquisito nel corso del 7° mese ed attestante la non pregiudizialità del posticipo.

- Si allega **certificato sanitario rilasciato dal medico del lavoro competente presso l'Istituzione scolastica di riferimento o presso il Circolo di coordinamento pedagogico per le scuole provinciali dell'infanzia.**

CONGEDO DI MATERNITA' (3/4/5 MESI DOPO IL PARTO)

dal _____ al _____

- Si allega **dichiarazione sostitutiva** dell'atto di nascita o **certificato di nascita del bambino rilasciato dal Comune di residenza dello stesso.**

- per adozioni ⁽¹⁾

CONGEDO PER MALATTIA BAMBINO di età non superiore agli 8 anni dal _____ al _____

_____ per il/la figlio/a _____ nato il _____

- Si allega **certificato medico** e **dichiarazione sostitutiva** attestante che l'altro genitore non è assente per lo stesso motivo negli stessi giorni e il numero di giorni di assenza per malattia bambino da egli già fruiti nell'ultimo anno di vita del bambino.

DATA _____

IL RICHIEDENTE _____

IL/LA DIRIGENTE / COORDINATORE PEDAGOGICO _____

¹ **Certificato di nascita del bambino**

Copia del provvedimento dell'Autorità giudiziaria che ha disposto l'adozione o l'affidamento.

Idonea documentazione attestante l'effettivo ingresso del minore in famiglia (se **adozione internazionale**: dichiarazione dell'associazione che ha seguito l'adozione e fotocopia del passaporto del minore / se **adozione nazionale**: dichiarazione sostitutiva attestante la data dell'ingresso del minore in famiglia.

USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE

Tutte le specifiche riguardo all'uso dei dati personali e ai diritti del dichiarante sono indicate nella nota "Informativa privacy", ai sensi del Regolamento UE 679/2016".

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER:
NASCITA FIGLIO/A - MALATTIA BAMBINO/A**

Il/La sottoscritto/a _____ matr. n. _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ residente in Prov. _____ Comune

_____ C.A.P. _____ via _____

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

DICHIARA

(compilare la/le caselle di interesse sulla base degli adempimenti richiesti)

1) che in data _____ nel Comune di _____ provincia di _____ è nato/a il/la figlio/a _____ codice fiscale _____;

2) **Relativamente a sé stesso:** *(dichiarazione da rendere solo se il figlio/la figlia ha un'età inferiore all'anno)*

che presso il seguente altro datore di lavoro (**esclusa PAT**) _____

ha usufruito nel primo anno di vita del bambino di n. _____ giorni di congedo parentale retribuiti al 100% o di n. _____ giorni di congedo malattia bambino non retribuiti.

3) **Relativamente all'altro genitore:**

che l'altro genitore _____ nato a _____

_____ il ____ / ____ / ____ codice fiscale _____

dipendente presso _____

in via _____ a _____

lavoratore autonomo senza occupazione

ha usufruito nel primo anno di vita del bambino di n. _____ giorni di congedo parentale retribuiti al 100% *(dichiarazione da rendere solo se il figlio/la figlia ha un'età inferiore all'anno)*;

ha usufruito nel primo anno di vita del bambino di n. _____ giorni di congedo malattia bambino retribuiti o non retribuiti *(dichiarazione da rendere solo se il figlio/la figlia ha un'età inferiore all'anno)*;

ha usufruito dall'ultimo compleanno del/la figlio/a di n. _____ giorni di congedo per malattia del bambino e che non è assente per lo stesso motivo nel periodo _____.

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO/A¹

USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE

Tutte le specifiche riguardo all'uso dei dati personali e ai diritti del dichiarante sono indicate nella nota "Informativa privacy", ai sensi del Regolamento UE 679/2016"

¹ La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.