



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

La/Il sottoscritta/o

matr.

in servizio presso

con la qualifica di

nominativo altro genitore/unico affidatario

dipendente

presso

CHIEDE

di astenersi dal servizio per il congedo parentale straordinario COVID-19 (L. 126 del 13/10/2020)

dal _____ al _____ in costanza di quarantena del figlio (nome figlio _____)
convivente minore di anni 14.

Lì,

Firma del dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Art. 47 – D.P.R. N. 445/2000

Il/la sottoscritto/a

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA CHE

- ha verificato con l'azienda l'impossibilità di poter svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità agile
- nel medesimo periodo l'altro genitore non fruirà di congedo allo stesso titolo, non svolgerà attività di lavoro in modalità agile né si asterrà dal lavoro
- dispone della certificazione del Dipartimento di Prevenzione dell'Asl territorialmente competente

(_____), con la quale è stata disposta la quarantena del minore

- È consapevole che, durante il suddetto periodo di congedo è riconosciuta al dipendente un'indennità pari al 50% della retribuzione
- è informato ed autorizza, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30.06.2003, n. 196, al Regolamento UE 2016/679 – GDPR confermato a livello nazionale dal D.Lgs. 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Lì,

Firma del dichiarante

Visto del Coordinatore/Responsabile