



SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DELL'AREA MEDICO-CHIRURGICA

Modulo E

Dipartimento di Area Medica
Scuole di Specializzazione dell'area medico-
chirurgica
Via Colugna, 50 - 33100 Udine

Oggetto: Richiesta concessione permessi per congedi parentali e malattia figlio

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____, iscritto/a al _____
anno di corso della Scuola di Specializzazione in _____,
residente a _____, via _____, n. _____,
tel. fisso n. _____, cell. _____, e.mail _____

chiede la concessione

di un **periodo di giorni** (minimo 40 dd. lav.) _____ per il seguente motivo:

- congedo per malattia figlio dal _____ al _____. Allega certificato di malattia rilasciato da un medico specialista del SSN o con esso convenzionato.
- congedo parentale (fino agli otto anni di vita del bambino) dal _____ al _____
- congedo di paternità dal _____ al _____

A tal proposito dichiara:

- di non aver mai usufruito di un congedo parentale;
- di aver già usufruito di un congedo parentale della durata di _____ giorni (un mese = 30 gg)
- che l'altro genitore non ha mai usufruito di un congedo parentale;
- che l'altro genitore non sta usufruendo di un congedo parentale;
- che l'altro genitore ha usufruito di un congedo parentale della durata di _____ giorni;

_____, _____
(Luogo e data)

(Firma)

**Per presa visione,
Il Direttore della Scuola**