



SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA SANITARIA

Modulo E

Dipartimento di Medicina
Scuole di Specializzazione di area sanitaria
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** _____ per il seguente motivo:

- congedo per malattia figlia/o _____ nata/o a _____ il _____ dal _____ al _____. Allega certificato di malattia rilasciato da un medico specialista del SSN o con esso convenzionato.
- congedo parentale dal _____ al _____ per il figlio/a _____ nato/a a _____ il _____.

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 _____ (nome e cognome) nato/a a _____ il _____ 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**