

CONGEDO PARENTALE

Preg.mo DIRETTORE/RESPONSABILE U.O. _____

Il/La sottoscritto/a _____ (cod. I.S.S. _____)

dipendente ISS quale (*qualifica/PDR*) _____

presso (*Unità Organizzativa*) _____

chiede

di poter usufruire, a mente dell'art. 14 della Legge n.129/2022, fino al raggiungimento del **12° mese** di vita del bambino, di:

congedo parentale (40%), per il periodo dal _____ al _____

congedo parentale parto gemellare (60%), per il periodo dal _____ al _____

Per il restante periodo, fino al raggiungimento del **18° mese** di vita del bambino:

congedo parentale (20%), per il periodo dal _____ al _____

congedo parentale parto gemellare (30%), per il periodo dal _____ al _____

(L'indennità è riconosciuta qualora il bambino non usufruisca del servizio di Asilo Nido).

rientro anticipato dal congedo parentale a decorrere dal _____

proroga del congedo parentale dal _____ al _____

A tal fine, il/la sottoscritto/a consapevole che, ai sensi degli articoli 24 e 25 della Legge 5 ottobre 2011 n.159, chiunque rende dichiarazioni false o mendaci è punito a norma delle leggi penali vigenti e decade dai benefici eventualmente ottenuti, sotto la propria responsabilità, a norma degli articoli 12 e 13 della summenzionata Legge n.159/2011,

dichiara

che il/la figlio/a _____
(*cognome e nome*)

è nato/a in data _____ a _____ (_____)

e che il padre è _____ Dipendente ISS PA

e che la madre è _____ Dipendente ISS PA

Allega:

- dichiarazione del datore di lavoro privato del genitore, dipendente del settore privato, dove risulta che lo stesso non usufruisce di alcun istituto relativo alla nascita del figlio/a o autodichiarazione per la libera professione e/o titolarità licenza
- per bambini che non sono nati nella Repubblica di San Marino – certificato di nascita con relativa maternità e paternità rilasciata dalla competente autorità estera
- dichiarazione che il figlio/a frequenta/non frequenta l'asilo nido (solo per il congedo parentale 18° mese)

DATA _____

Firma del richiedente _____

Per presa visione Direttore/Responsabile U.O.:

DATA _____ Firma _____

Per presa visione Coordinatore Infermieristico/Tecnico di Azienda

DATA _____ Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati personali saranno trattati esclusivamente per la finalità riportate nell'informativa ai sensi degli artt. 13, 14, 78 e seguenti della Legge n.171/2018 e s.m.i. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. L'informativa completa predisposta ai sensi degli artt. 13-14 della Legge n.171/2018 e s.m.i è disponibile presso l'Ufficio del Responsabile Protezione Dati (RPD) e consultabile sul sito web www.iss.sm (tutela privacy).

Ai sensi degli articoli 15 e ss. della Legge n.171/2018, Lei ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati che la riguardano, di ottenere l'indicazione delle finalità e delle modalità del trattamento, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei Suoi dati e la cancellazione dei dati trattati in violazione di legge o qualora sussista uno dei motivi specificati dall'art. 17 della Legge n.171/2018. Per esercitare tali diritti può rivolgersi al Referente per la Protezione dei Dati scrivendo a privacy@iss.sm.