Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Marche Nord”

Alla U.O.C. Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane

**CONGEDO di PATERNITÀ**

(art. 27 bis D.L.gs 151/2001)

Il sottoscritto…………………………………………………………………………………………………….

Matricola n.ro……………………………………………………….tel/cell……………………………….

dipendente con qualifica di: ……………………………..…………………………………………….

Presso l’UOC…………………………..……………………………….……… …………………………

Tenuto conto:

* della data presunta del parto prevista per il giorno…………………………………………….

della Sig.ra…………………………………….……………………………….(cognome e nome)

……………………………..…………………………..…………………………….(grado di parentela)

* della nascita del figlio………………………….……………………………(cognome e nome)

in data………………………………………………………………………………..

C H I E D E

di usufruire del congedo obbligatorio di paternità, come previsto dall’art. 27 bis del D. Lgs. 151/2001 come segue:

* Per il periodo dal………..……………………………………al……………………………….
* Per i giorni……………………………………………...mese di……………………………..
* Per i giorni………………………………………………mese di……………………………….

……………………………………… ………………………………………..

(luogo e data)  **(il Dichiarante)**

**Il Responsabile**

Per presa visione

Pesaro, …………………… ………………………………………………………

(data) (firma del Responsabile)