

FAC SIMILE RICHIESTA DI CONGEDO DI MATERNITÀ

Al Dirigente della Direzione
per il Personale
Università degli Studi
Cagliari

OGGETTO: richiesta di congedo di maternità.

La sottoscritta _____, nata a _____ il
_____, matr. _____, dipendente dell'Università degli Studi di Cagliari in qualità di
_____, in servizio presso _____ con
contratto

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato, con scadenza del contratto il _____
- a tempo pieno
- a tempo definito

CHIEDE

- ai sensi dell'art.16 del D.Lgs. n.151/01 di essere collocata in congedo di maternità con decorrenza dal _____, per i due mesi antecedenti la data presunta del parto ed i tre mesi successivi al parto.
A tal fine allega il certificato medico indicante la data presunta del parto.

OVVERO

- ai sensi degli artt. 16 e 20 del D.Lgs. n. 151/01 di essere collocata in congedo di maternità con decorrenza dal _____, per il mese antecedente la data presunta del parto ed i quattro mesi successivi al parto.
La sottoscritta chiede pertanto di essere sottoposta a visita presso il Medico Competente di questa Amministrazione, al fine dell'attestazione che tale opzione non arreca pregiudizio alla mia salute ed a quella del nascituro.
A tal fine allega il certificato medico indicante la data presunta del parto e l'attestazione del medico specialista del SSN o con esso convenzionato dichiarante che l'opzione scelta non arreca pregiudizio alla salute della richiedente e del nascituro.

La sottoscritta si impegna a presentare, entro 30 giorni, il certificato di nascita del figlio, ovvero la dichiarazione sostitutiva

Data

Firma

Al Dirigente della Direzione
per il Personale
Università degli Studi
Cagliari

OGGETTO: richiesta di fruizione di congedo di maternità per adozione nazionale.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
_____, matr. _____, dipendente dell'Università degli Studi di Cagliari in qualità di
_____, in servizio presso _____ con
contratto

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato, con scadenza del contratto il _____
- a tempo pieno
- a tempo definito

CHIEDE

la concessione di un periodo di congedo di maternità per adozione nazionale, a retribuzione
intera, con decorrenza dal _____ al _____, ovvero per i seguenti giorni
_____, per il/la figlio/a adottiva o in affidamento, nato/a il _____,
entrato/a effettivamente in famiglia a decorrere dal _____.

A tal fine dichiara:

- che l'altro genitore _____, lavoratore/trice
dipendente in servizio presso _____, non ha
usufruito del congedo di maternità;
- che l'altro genitore _____, lavoratore/trice
dipendente in servizio presso _____, via _____ n._____,
ha usufruito del congedo di maternità dal _____ al _____, ovvero
per _____ i _____ seguenti _____ giorni
- che l'altro genitore non ha diritto alla fruizione del congedo di maternità per
adozione/affidamento.

Allega copia del provvedimento di adozione/affidamento, ovvero del verbale rilasciato
dall'autorità competente attestante la data di effettivo ingresso del minore nella famiglia
adottiva/affidataria.

Data

Firma

Al Dirigente della Direzione
per il Personale
Università degli Studi
Cagliari

OGGETTO: richiesta di fruizione di congedo di maternità per adozione internazionale.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
_____, matr. _____, dipendente dell'Università degli Studi di Cagliari in qualità di
_____, in servizio presso _____ con
contratto

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato, con scadenza del contratto il _____
- a tempo pieno
- a tempo definito

CHIEDE

la concessione di un periodo di congedo di maternità per adozione internazionale, a retribuzione intera, con decorrenza dal _____ al _____, ovvero per i seguenti giorni _____, per il/la figlio/a adottiva o in affidamento, nato/a il _____, entrato/a effettivamente in famiglia a decorrere dal _____.

A tal fine dichiara:

- che l'altro genitore _____, lavoratore/trice dipendente in servizio presso _____, via _____, n.____, non ha usufruito del congedo di maternità
- che l'altro genitore _____, lavoratore/trice dipendente in servizio presso _____, via _____, n.____, ha usufruito del congedo di maternità dal _____ al _____, ovvero per _____ i _____ seguenti _____ giorni
- che l'altro genitore non ha diritto alla fruizione del congedo di maternità per adozione.

Allega copia della certificazione rilasciata dall'autorità competente, attestante la durata del soggiorno all'estero per adozione internazionale.

Allega copia dell'atto rilasciato dall'autorità competente, o dell'ente autorizzato, ovvero copia della sentenza del giudice straniero, attestante la data di effettivo ingresso del minore nella famiglia adottiva.

Data

Firma