



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

***Al Servizio per il Reclutamento e  
Gestione del Personale della Scuola  
Tramite PITre***

## **TUTELA DELLA MATERNITA' - CONGEDI MATERNITA' E MALATTIA BAMBINO/A**

(art. 37, comma 3, 4, 5, 6 e 11; e comma 8 del vigente C.C.P.L. del personale di categoria)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_ in servizio presso  
\_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro a tempo

☐ pieno

☐ parziale orizzontale

☐ parziale verticale

☐ **DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO**
☐ **DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO**

### **c h i e d e**

☐ **CONGEDO DI MATERNITA' (2 MESI PRIMA DEL PARTO)**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- Si allega **certificato medico rilasciato dallo specialista con la data presunta del parto.**

☐ **CONGEDO DI MATERNITA' (1 MESE PRIMA DEL PARTO O 5 MESI DOPO IL PARTO)**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- Si allega **certificato medico rilasciato dallo specialista in servizio presso l'Azienda sanitaria territoriale**, acquisito nel corso del 7° mese ed attestante la non pregiudizialità del posticipo.

- Si allega **certificato sanitario rilasciato dal medico del lavoro competente presso l'Istituzione scolastica di riferimento o presso il Circolo di coordinamento pedagogico per le scuole provinciali dell'infanzia.**

☐ **CONGEDO DI MATERNITA' (3/4/5 MESI DOPO IL PARTO)**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- Si allega **dichiarazione sostitutiva** dell'atto di nascita o **certificato di nascita del bambino rilasciato dal Comune di residenza dello stesso.**

- per adozioni <sup>(1)</sup>

☐ **CONGEDO PER MALATTIA BAMBINO** di età non superiore agli 8 anni dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ per il/la figlio/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

- Si allega **certificato medico** e **dichiarazione sostitutiva** attestante che l'altro genitore non è assente per lo stesso motivo negli stessi giorni e il numero di giorni di assenza per malattia bambino da egli già fruiti nell'ultimo anno di vita del bambino.

DATA \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

IL/LA DIRIGENTE / COORDINATORE PEDAGOGICO \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> **Certificato di nascita del bambino**

Copia del provvedimento dell'Autorità giudiziaria che ha disposto l'adozione o l'affidamento.

Idonea documentazione attestante l'effettivo ingresso del minore in famiglia (se **adozione internazionale**: dichiarazione dell'associazione che ha seguito l'adozione e fotocopia del passaporto del minore / se **adozione nazionale**: dichiarazione sostitutiva attestante la data dell'ingresso del minore in famiglia).

### **USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE**

Tutte le specifiche riguardo all'uso dei dati personali e ai diritti del dichiarante sono indicate nella nota "Informativa privacy", ai sensi del Regolamento UE 679/2016".

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER:  
NASCITA FIGLIO/A - MALATTIA BAMBINO/A**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente in Prov. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

**DICHIARA**

*(compilare la/le caselle di interesse sulla base degli adempimenti richiesti)*

**1)** che in data \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ è nato/a il/la figlio/a \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_;

**2) Relativamente a sé stesso:** *(dichiarazione da rendere solo se il figlio/la figlia ha un'età inferiore all'anno)*  
che presso il seguente altro datore di lavoro (**esclusa PAT**) \_\_\_\_\_

☐ ha usufruito nel primo anno di vita del bambino di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo parentale retribuiti al 100% o di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo malattia bambino non retribuiti.

**3) Relativamente all'altro genitore:**

che l'altro genitore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

☐ dipendente presso \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

☐ lavoratore autonomo      ☐ senza occupazione

☐ ha usufruito nel primo anno di vita del bambino di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo parentale retribuiti al 100% *(dichiarazione da rendere solo se il figlio/la figlia ha un'età inferiore all'anno)*;

☐ ha usufruito nel primo anno di vita del bambino di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo malattia bambino retribuiti o non retribuiti *(dichiarazione da rendere solo se il figlio/la figlia ha un'età inferiore all'anno)*;

☐ ha usufruito dall'ultimo compleanno del/la figlio/a di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo per malattia del bambino e che non è assente per lo stesso motivo nel periodo \_\_\_\_\_.

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO/A<sup>1</sup>

**USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE**

Tutte le specifiche riguardo all'uso dei dati personali e ai diritti del dichiarante sono indicate nella nota "Informativa privacy", ai sensi del Regolamento UE 679/2016"

<sup>1</sup> La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.