Mod. 8

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 e 48 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

__ l ___ sottoscritt _____

nat __ a _____ il _____

residente in _____ provincia _____

Via _____ n. _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

D I C H I A R A

che __ l __ Sig. ___ _____ nato/a_____ il _____

padre/madre del ____ bambin __ _____ :

☐ è Libero Professionista

☐ è dipendente presso la Ditta _____

sita nel Comune_____Via _____n°_____

recapito telefonico datore di lavoro_____

☐ non ha a tutt'oggi usufruito di congedo parentale.

☐ ha usufruito di congedo parentale retribuito al 100% nei periodi sottoindicati:

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 100%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 100%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 100%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 100%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 100%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 100%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 100%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 100%

per un totale di mesi _____ e giorni _____

continua a pag 2

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

Tel.+39 0161 593749 – 3067 – 3239 – 3570

☐ ha usufruito di congedo parentale retribuito al 30% nei periodi sottoindicati:

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 30%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 30%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 30%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 30%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 30%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 30%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 30%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 30%

dal _____ al _____ congedo parentale retribuito al 30%

per un totale di mesi _____ e giorni _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. del 28.12.2000, n. 445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.
Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo del 30.06.2003, n. 196 e in considerazione delle nuove disposizioni contenute nel Regolamento Europeo – GDPR – 2016/679, avuto presente il D.Lgs del 10.08.2018, n. 101, accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi, al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di Legge.

Vercelli, _____

Il/La Dichiarante

_____

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.
Tel.+39 0161 593749 – 3067 – 3239 – 3570