

All'Ufficio Maternità dell'Asugi di Trieste - Gorizia
Via del Farneto 3 – Trieste
tel. 040 – 399 5242/5161
maternita@asugi.sanita.fvg.it



RICHIESTA RIPOSI GIORNALIERI RETRIBUITI PER ALLATTAMENTO **PADRE**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov.(____) il ____/____/____
residente a _____ in via _____
recapito telefono _____ e-mail _____@_____

dipendente dell'ASUGI matricola _____

con contratto a tempo indeterminato a tempo determinato a tempo pieno a tempo parziale

con il profilo professionale di _____
in servizio presso la struttura _____ (tel. lavoro _____)

SEDE _____

RINUNCIA

Ai riposi giornalieri retribuiti per allattamento ai sensi di quanto disposto dall'art. 39 del D.Lgs 26/03/2001, n. 151, dal
_____ dalle ore _____ alle ore _____ **sino al compimento del primo anno di età figlio/a** (cognome
e nome) _____ nato/a a _____
il ____/____/____

Data e firma della dipendente _____

IN FAVORE DEL PADRE

A tale riguardo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze previste in caso di
dichiarazioni mendaci (art. 76 del medesimo DPR)

CHE DICHIARA

Nome e Cognome _____ nato a _____ Prov.(____) il ____/____/____
residente a _____ in via _____
dipendente presso _____
con sede in via _____
beneficia dei riposi giornalieri per il minore (cognome e nome) _____
nato a _____ il _____

Data e firma del padre _____

Allegare alla presente copia la carta d'identità del padre.

	DATA	FIRMA (leggibile)
Responsabile del dipendente (Coordinatore/Dirigente/Direttore) (per presa visione)		
Direzione Sanitaria/ Direzione Infermieristica/ Direzione Amministrativa (per presa visione)		