

PERMESSI GIORNALIERI RETRIBUITI PER ALLATTAMENTO

La/Il sottoscritta/o _____
in servizio presso _____ tel. _____
con il seguente profilo orario:

- tempo pieno
- part time al ___% di tipo: verticale, orizzontale

madre/padre di (cognome e nome) _____ nato/a il

ai sensi di quanto consentito dalla normativa vigente, comunica la propria volontà di fruire del permesso retribuito giornaliero per allattamento effettuando il seguente orario:

- dal lunedì al venerdì/sabato: 2 ore di permesso retribuito;
- dal lunedì al venerdì: orario articolato su 5 giorni lavorativi (7,12 ore giornaliere) beneficiando di 2 ore di permesso retribuito

a decorrere dal giorno _____ e fino al _____ (*giorno del primo compleanno del bambino compreso o compimento del primo anno dall'ingresso del minore in famiglia in caso di adozione/affidamento preadottivo o provvisorio.*)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 T.U. n. 445/2000)

Da compilare solo in caso di richiesta del padre lavoratore

___I___ sottoscritt___ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Dichiara

che la Sig.a _____ nat___ a _____
il _____ residente in _____ Via _____

(la residenza è da indicare solo se diversa da quella dell'istante)

- non fruisce dell'orario ridotto per allattamento in quanto:
 - attualmente senza occupazione;
 - libero professionista;
 - lavoratore autonomo (commerciante, artigiano, ecc.)
 - lavoratrice dipendente presso _____ rinuncia al diritto ai periodi di riposo per allattamento e durante il periodo di cui sopra non si asterrà dal lavoro ai sensi dell'art. 32 del D.Lgs. n. 151/2001

Si allega copia di documento di identità in corso di validità.

Firma

Perugia,

VISTO: per presa conoscenza
IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA
