Congedo straordinario NON RETRIBUITO per i genitori durante i periodi di sospensione dell'attività didattica in presenza, infezione da SARS Covid 19 o quarantena disposta dal Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente per figlio convivente di età compresa tra 14 e 16 anni (* art. 2 co. 5 D.L. 30/2021*) .

Al Direttore/Responsabile/Dirigente/
_____
_____
(struttura di appartenenza)

Al Direttore
S.C. Trattamento Giuridico ed Economico
ATS - Sardegna

Loro Sedi

Il/La sottoscritto/a_____matricola_____

qualifica_____, in servizio presso_____,

recapito telefonico_____mail (campo obbligatorio) _____

CHIEDE

di usufruire del congedo straordinario, previsto dall'art. 2 co. 5 del D.L. 30/2021 per sospensione dell'attività didattica in presenza, infezione da SARS Covid 19 o quarantena disposta dal Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente del figlio convivente di età compresa tra 14 e 16 anni.

- ❑ il/i giorno/i _____
- ❑ per il/i periodo/i dal_____al _____

  dal_____al_____

  dal_____al _____

❑ **SENZA RETRIBUZIONE**

I suddetti periodi **NON** sono coperti da contribuzione figurativa.

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA:

- che il figlio/a_____è nato/a a _____ il_____;
- che per il giorno/i e/o il periodo/i sopra specificati l'altro genitore _____ _____, nato/a a _____ _____il_____, non svolge attività lavorativa in modalità agile;
- che l'altro genitore_____, nato/a a_____il_____, non è disoccupato o non lavoratore.

ALLEGA

Alla presente istanza:

- copia della certificazione del Dipartimento di Prevenzione della ASSL di_____, attestante la data di inizio e fine del periodo di quarantena a seguito di contatto verificatosi all'interno del plesso scolastico del proprio figlio _____nato a_____il_____;
- dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 relativa alla sospensione dell'attività scolastica in presenza del proprio figlio_____nato a_____il_____;

Il/La sottoscritto/a è consapevole che: - è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445); - decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Luogo_____, lì_____Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni) L'Ufficio provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.
Titolare del trattamento: Commissario Straordinario ATS - Sardegna
Responsabile del trattamento: Direttore della S.C. Trattamento Giuridico ed Economico.
Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.
Luogo_____, lì _____

Per presa visione, il/la dichiarante _____

Allegare alla presente richiesta fotocopia di un documento d'identità in corso di validità

Luogo_____, lì_____Firma _____

ATTESTAZIONE DEL DIRETTORE/RESPOSABILE DELLA STRUTTURA D'APPARTENENZA

Il sottoscritto/a _____ Direttore/Responsabile della Struttura_____di assegnazione del sunnominato dipendente, dichiara che per i giorni/periodi sopra specificati la prestazione lavorativa del medesimo non può essere svolta in modalità agile.

data_____Timbro e firma Direttore/Responsabile _____