

→Da trasmettere esclusivamente via mail

Al Comune di Monterotondo  
Servizio Risorse Umane Trattamento Giuridico  
Mail: [presenze@comune.monterotondo.rm.it](mailto:presenze@comune.monterotondo.rm.it)

Alla Ditta OMNIA SYSTEMS S.R.L.  
Mail: [monterotondo@ostime.it](mailto:monterotondo@ostime.it)

**Oggetto: Richiesta fruizione del congedo parentale straordinario Covid-19 per genitori ai sensi dell'art.9 del DL 146/2021**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_, dipendente di codesta Amministrazione con profilo di \_\_\_\_\_, cat. \_\_\_\_\_, assegnato all'ufficio/servizio \_\_\_\_\_, il quale ai sensi dell'art.9 del D.L. n. 146/2021

**CHIEDE**  
(barrare con una X la richiesta)

Per il proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_

Nato/a il giorno \_\_\_\_\_

Congedo COVID per messa in quarantena scolastica/figlio minore di 14 anni / figlio con disabilità art 3,c.3 L. 104/92 - retribuito al 50% ➔ per i giorni (indicare giorno/mese/anno)


Congedo COVID per messa in quarantena scolastica/figlio minore di 14 anni / figlio con disabilità art 3,c.3 L. 104/92- retribuito al 50%  
in forma ORARIA (minimo tre ore giornaliere) ➔ per i giorni (indicare giorno/mese/anno)


- Congedo COVID per messa in quarantena scolastica/figlio tra 14 anni / 16 anni - NON retribuito**  
 ➔ per i giorni (indicare giorno/mese/anno)  
 ➔ ad ore (minimo tre ore al giorno) (indicare ore/giorno/mese/anno)


a tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al d.p.r. 445/2000, consapevole delle responsabilità derivanti da dichiarazioni falsi o mendaci

**DICHIARA**

Che il/la suddetto/a figlio/a **minore di 14 anni** si trova in una delle seguenti condizioni (*spuntare le relative caselle*):

▶ **risulta essere anagraficamente convivente con il genitore/lavoratore richiedente**

- Di sospensione dell'attività didattica o educativa** (asilo nido e scuola dell'infanzia) **in presenza del figlio**, disposta con provvedimento adottato a livello nazionale, locale o dalle singole strutture scolastiche, contenente la durata della sospensione;
- Di infezione da SARS-CoV-2 del figlio**, risultante da certificazione/attestazione del medico di base o del pediatra di libera scelta, oppure da provvedimento/comunicazione della ASL territorialmente competente (la documentazione deve indicare il nominativo del figlio e la durata della prescrizione);
- della quarantena del figlio** disposta dal Dipartimento di prevenzione della azienda sanitaria locale (ASL) territorialmente competente a seguito di contatto ovunque avvenuto.

**Allega relativa certificazione sanitaria o disposizione del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria**

\*\*\*\*\*

Che il/la suddetto/a figlio/a **disabile in situazione di gravità accertata** ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992 si trova in una delle seguenti condizioni (*spuntare le relative caselle*): **(non è previsto in questo caso il requisito della convivenza).**

- infezione da SARS-CoV-2 del figlio;
- quarantena del figlio;
- nel caso in cui sia stata disposta la sospensione dell'attività didattica o educativa in presenza o il figlio frequenti centri diurni a carattere assistenziale dei quali sia stata disposta la chiusura.

**Allega relativa certificazione sanitaria o disposizione del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria**

\*\*\*\*\*

Che il/la suddetto/a figlio/a **di età compresa fra 14 e 16 anni** si trova in una delle seguenti condizioni (*spuntare le relative caselle*):

**(non è previsto in questo caso il requisito della convivenza).**

- sospensione dell'attività didattica in presenza del figlio**, disposta con provvedimento adottato a livello nazionale, locale o dalle singole strutture scolastiche, contenente la durata della sospensione;
- infezione da SARS-CoV-2 del figlio**, risultante da certificazione/attestazione del medico di base, oppure da provvedimento/comunicazione della ASL territorialmente competente (la documentazione deve indicare il nominativo del figlio e la durata della prescrizione);
- quarantena del figlio** disposta dal Dipartimento di prevenzione della azienda sanitaria locale (ASL) territorialmente competente a seguito di contatto ovunque avvenuto.

**Allega relativa certificazione sanitaria o disposizione del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria**

\*\*\*\*\*

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445 dd 28/12/2000 s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**AI FINI DELLA FRUIZIONE DEI GIORNI DI CONGEDO SOPRA INDICATI**

#### DICHIARA CHE

- a) Nel nucleo familiare non vi è altro genitore che non svolge alcuna attività lavorativa, o è sospeso dal lavoro
- b) L'altro genitore sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ presta servizio per il seguente datore di lavoro: \_\_\_\_\_

Non ha fruito né fruisce per lo stesso/a figlio/a di periodi di congedo parentale relativi alle medesime giornate di congedo richieste dallo Scrivente.

- sono consapevole che, a mente dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia";
- sono consapevole della possibilità che siano eseguiti controlli tesi a verificare la veridicità di quanto dichiarato così come previsto dalla normativa vigente;

Autorizzo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del successivo Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", l'utilizzo dei propri dati personali unicamente ai fini della corretta esecuzione dei compiti istituzionali del Comune di Monterotondo riguardanti la concessione del **congedo parentale straordinario Covid-19**.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo. Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui al Capo III, Sezione I, del citato Regolamento UE

Data \_\_\_\_\_