

Allegato 1

Sospensione del congedo di maternità/paternità ai sensi dell'art. 16 ter del T.U. maternità/paternità di cui al d.lgs. 151/2001

La/Il sottoscritta/ocodice fiscale con riferimento al congedo di maternità/paternità richiesto all'INPS con domanda on line, numero di protocollo

chiede

- ☐ la sospensione del congedo di maternità/paternità dal giorno.....
- ☐ la ripresa del congedo residuo di maternità/paternità dal giorno.....

Ai fini della presente richiesta, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, dichiaro sotto la mia responsabilità:

(dichiarazioni da rendere per la sospensione del congedo)

- ☐ che il figlio/minore(nome e cognome)
codice fiscaleè stato ricoverato in data
.....presso la seguente struttura sanitaria
pubblica/privata.....sita nel Comune di
.....(.....) via.....cap.....

- ☐ data dell'attestazione medica di compatibilità del mio stato di salute con la ripresa del lavoro (gg/mm/aaaa) consegnata al datore di lavoro/committente;

(dichiarazioni da rendere per la ripresa del congedo residuo)

- ☐ che il figlio/minore(nome e cognome)
codice fiscale è stato dimesso in data
oppure
- ☐ che il figlio/minore(nome e cognome)
codice fiscale è ancora in stato di ricovero presso la seguente
struttura sanitaria pubblica/privata.....sita nel Comune di
.....(.....) via.....cap.....

Si allega copia del documento di identità

Data.....

Firma