

Spett.le \_\_\_\_\_

e, p. c. \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Richiesta applicazione Legge 8 marzo 2000, n. 53 "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, Capo III Art. 9. Misure a sostegno della flessibilità di orario. Esonero dallo svolgimento di turni di lavoro sovrapposti con il proprio coniuge".

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_. In servizio presso l'U.O. / servizio di

\_\_\_\_\_ del presidio ospedaliero \_\_\_\_\_ con

qualifica di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**Madre / Padre** del minore nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di nome \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In quanto genitore di minore di anni / mesi \_\_\_\_\_ e coniuge dipendente entrambi di questa azienda presso il Reparto / Servizio di \_\_\_\_\_

del P.O. di \_\_\_\_\_ con qualifica di \_\_\_\_\_

In quanto genitore di minore di anni / mesi \_\_\_\_\_ e coniuge dipendente di

altra azienda presso \_\_\_\_\_

In quanto genitore di Disabile riconosciuta di handicap grave, legge 104 di anni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**Si allega autocertificazione dello stato di famiglia**

Firma \_\_\_\_\_