

## 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/o .....codice 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 fiscale .....è 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