

## 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