

COMUNICAÇÃO DE LICENÇA PARENTAL

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Departamento de Recursos Humanos

recursoshumanos@reitoria.ulisboa.pt

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO

Parental

Parental Alargado

Nome

Carreira

Categoria

A exercer funções

Vem informar V.^a Ex.^a do início do gozo da Licença Parental, de acordo com o Decreto-Lei n.º 89/2009 de 9 de abril (Regime Convergente) e Decreto-Lei nº 91/2009 de 9 de abril (Regime de Segurança Social), anexando para o efeito a declaração emitida pelo estabelecimento hospitalar que comprova a data do parto.

- Data do parto //

De entre as 4 opções, assinale com uma cruz a modalidade pretendida:

Licença Parental Inicial

120 dias (100% do vencimento)

150 dias (80% do vencimento)

Licença Parental Inicial Partilhada

150 dias (100% do vencimento) (120+30)

180 dias (83% do vencimento) (150+30)

- Houve nascimento de gémeos Sim Não

Em caso de nascimento de gémeos, indique:

- Pretende gozar os 30 dias de acréscimo por cada bebé além do primeiro? Sim Não
- O pai pretende gozar os dois dias de acréscimo ao período de 10 dias obrigatórios do subsídio parental inicial exclusivo do pai, por cada bebé além do primeiro? Sim Não
- O pai pretende gozar os dois dias de acréscimo ao período de 10 dias facultativos do subsídio parental inicial exclusivo do pai, por cada bebé além do primeiro? Sim Não

Indique o(s) período(s) do subsídio parental inicial ou parental partilhada (em dias consecutivos)

Mãe	Pai
De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____	De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____
De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____	De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____
De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____	De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____

Indique o(s) período(s) do subsídio parental inicial exclusivo do pai (em dias úteis)

Períodos(s) Obrigatório(s)	Período(s) Facultativo(s)
De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____	De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____
De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____	De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____
De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____	De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____

Indique o(s) período(s) do subsídio parental alargado (em dias consecutivos)

Mãe	Pai
De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____	De ___/___/___ a ___/___/___ * N ^o de dias _____

O/a colaborador/a

Data

/ /

Assinatura