

## COMUNICAÇÃO DE LICENÇA PARENTAL – Regime Segurança Social

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Departamento de Recursos Humanos

[recursoshumanos@reitoria.ulisboa.pt](mailto:recursoshumanos@reitoria.ulisboa.pt)

Nome	<input type="text"/>
Carreira	<input type="text"/>
Categoria	<input type="text"/>
A exercer funções	<input type="text"/>

Vem informar V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> do início do gozo da Licença Parental, de acordo com o Decreto-Lei nº 91/2009, de 9 de abril e a Lei nº 90/2019, de 4 de outubro (Regime de Segurança Social), anexando para o efeito a declaração emitida pelo estabelecimento hospitalar que comprova a data do parto.

### **Informações necessárias sobre a Licença Parental**

- 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 20 dias úteis 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 5 dias úteis 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)

<b>Mãe</b>		<b>Pai</b>	
De ___/___/___ a ___/___/___	* Nº de dias _____	De ___/___/___ a ___/___/___	* Nº de dias _____
De ___/___/___ a ___/___/___	* Nº de dias _____	De ___/___/___ a ___/___/___	* Nº de dias _____
De ___/___/___ a ___/___/___	* Nº de dias _____	De ___/___/___ a ___/___/___	* Nº de dias _____

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

<b>Períodos(s) Obrigatório(s)</b>		<b>Período(s) Facultativo(s)</b>	
De ___/___/___ a ___/___/___	* Nº de dias _____	De ___/___/___ a ___/___/___	* Nº de dias _____
De ___/___/___ a ___/___/___	* Nº de dias _____	De ___/___/___ a ___/___/___	* Nº de dias _____
De ___/___/___ a ___/___/___	* Nº de dias _____	De ___/___/___ a ___/___/___	* Nº de dias _____

O/a colaborador/a

Data

/   /

Assinatura