|  |  |
| --- | --- |
| **CƠ QUAN QUẢN LÝ CẤP TRÊN****TÊN ĐƠN VỊ: GHI CỤ THỂ TÊN ĐƠN VỊ**Số: **123** /**ABC**          | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc*****Hà Nội****, ngày****11****tháng****5****năm****2023*** |

**GIẤY XÁC NHẬN
về nghỉ việc để chăm sóc con ốm đau**

1- Tên, địa chỉ cơ quan, đơn vị nơi quản lý người lao động nghỉ việc chăm sóc con ốm trước đó (cha hoặc mẹ) đã hưởng hết thời gian theo quy định: **Tên cơ quan - địa chỉ: số a, phường X, quận Y, thành phố Hà Nội**

Số điện thoại (nếu có): **012xxxxxxxxxx**

2- Thông tin về người lao động đã nghỉ việc chăm sóc con ốm đau:

- Họ tên: **Nguyễn Thị S** Nam/Nữ **Nữ**

- Số sổ BHXH: **123xxxxxxxxxxx**

- Nghề nghiệp: **Bác sĩ** Đơn vị (hoặc nơi làm việc): **bệnh viện M**

Thuộc đối tượng đang tham gia đóng bảo hiểm xã hội tại đơn vị, có con dưới 7 tuổi bị ốm đau.

Đơn vị chúng tôi đã giải quyết chế độ nghỉ việc để chăm sóc con ốm đau cho ông/bà:**Nguyễn Thị S**tính đến ngày **10** tháng **6** năm **2023** và xác nhận người lao động đã hết thời gian hưởng chế độ khi con ốm đau trong một năm theo quy định là **29**ngày./.

**THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN ĐƠN VỊ**
*(ký, đóng dấu)*