

	<b>ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"</b>	
	<b>ASTENSIONE OBBLIGATORIA POST-PARTO</b>	

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
 IC "A. B. SABIN"  
 Segrate

La sottoscritta \_\_\_\_\_  
 nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
 in servizio presso questa codesta istituzione scolastica in qualità di:

- Docente                     
  Assistente Amministrativo                     
  Collaboratore Scolastico

Con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato,  
 essendo il/la figlio/a \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_\_ comunica che si asterrà dal lavoro per il periodo di astensione  
 obbligatoria post-parto dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_