
	ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"	
	COMUNICAZIONE ASTENSIONE OBBLIGATORIA PRE PARTO PERSONALE DOCENTE E ATA	

Segrate, __/__/____

Al Dirigente Scolastico
 Al Dirigente Amministrativo
 IC A.B. Sabin

La sottoscritto/a _____ nata a _____

Il _____ in servizio presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di _____, con contratto a tempo indeterminato/determinato comunica che, iniziando il congedo per maternità di cui all' art. 16 del D.L. 26/03/2001 n 151 a decorrere dal _____, in quanto la data presunta del parto è il _____ intende fruire della facoltà prevista dall' art. 20 del D.L. 151/2001. Posticiperà l'inizio dell'astensione obbligatoria di giorni _____, i quali vanno ad aggiungersi ai tre mesi spettanti dopo il parto.

La sottoscritta, quindi, inizierà a fruire del congedo di maternità a decorrere dal _____.

A tal fine allega:

- Il certificato medico di gravidanza in cui è indicata la seguente data presunta del parto: _____;
- Il certificato di un medico specialista del servizio Sanitario nazionale (o con esso convenzionato) e del medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro ove attesta che tale opzione non arreca pregiudizio alla salute mia e del nascituro.

_____ li __/__/____

Firma _____

<u>Spazio riservato all'Ufficio (non compilare)</u>		
Vista la domanda	O si concede	O non si concede
Il Direttore Amministrativo Antonella Rossi	IL DIRIGENTE SCOLASTICO Elisabetta Trisolini	