AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dell’I.I.S. G. CENA

**OGGETTO: CONGEDO OBBLIGATORIO MATERNITÀ**

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso codesta Scuola/Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto

* a tempo indeterminato
* a tempo determinato, con scadenza del contratto il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

considerato che la data presunta del parto è .............................................................

CHIEDE

* ai sensi dell’art.16 del D.Lgs. n.151/01 di essere collocata in congedo di maternità con decorrenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per i due mesi antecedenti la data presunta del parto ed i tre mesi successivi al parto.

A tal fine allega il certificato medico indicante la data presunta del parto;

* ai sensi egli artt. 16 e 20 del D.Lgs. n. 151/01 di essere collocata in congedo di maternità con decorrenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per il mese antecedente la data presunta del parto ed i quattro mesi successivi al parto (maternità flessibile).

La sottoscritta chiede pertanto di essere sottoposta a visita presso il Medico Competente di questa Amministrazione, al fine dell’attestazione che tale opzione non arreca pregiudizio alla mia salute ed a quella del nascituro.

A tal fine allega il certificato medico indicante la data presunta del parto e l’attestazione del medico specialista del SSN o con esso convenzionato dichiarante che l’opzione scelta non arreca pregiudizio alla salute della richiedente e del nascituro.

**La sottoscritta si impegna a presentare, entro 30 giorni, il certificato di nascita del figlio.**

Data

Firma