

Oggetto: MATERNITA'/CONGEDI PARENTALI.

I sottoscritt_ _____, Docente / Non Docente
a tempo _____, in servizio presso Uffici/ scuola _____ di _____

CHIEDE

di poter usufruire di complessivi mesi ___ e giorni _____ dal _____ al _____

per il seguente motivo:

(apporre una crocetta nell'apposito spazio)

- interdizione (complicanze della gestazione)
- astensione obbligatoria (congedo di maternità)
- astensione facoltativa (congedo parentale)
- congedo di paternità (congedo parentale)
- malattia del figlio di età inferiore a tre anni (congedo parentale)
- malattia del figlio di età compresa tra tre e otto anni (congedo parentale)

Dichiara che _/_ figli_ _____ è nat_ il _____

A giustificazione dell'assenza allega:

- documentazione specifica
- autocertificazione
- dichiarazione personale

Dichiara di aver già fruito di:

- astensione facoltativa per n. _____ mesi e n. _____ giorni
- malattia del figlio di età compresa tra tre e otto anni per n. _____ giorni
- congedo di paternità per n. _____ giorni

Data _____

Firma

RISERVATO ALLA SEGRETERIA: Prot. n. _____ del _____

VISTO: si autorizza
non si autorizza, per le seguenti motivazioni

Data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Alfonso Sforza
