AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI INDUNO OLONA

Oggetto: **Astensione obbligatoria maternità** (personale a tempo indeterminato/determinato)

La sottoscritta_____
nata il_____a_____prov._____
residente in via/piazza_____n._____
comune di_____cap_____prov._____
assunta a tempo indeterminato/determinato in qualità di_____
in servizio presso_____

C O M U N I C A

ai sensi dell'art. 16 del T.U. d.lgs 151/2001 e dell'art. 12 del Ccnl Scuola 2002/2005, che si asterrà dal lavoro a decorrere dal_____,dal momento che la data presumibile per il parto è_____
ALLEGA copia del certificato medico attestante la gravidanza e la data presumibile del parto.
Distinti saluti.

Data_____ Firma_____