ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE QUILIANO
Via Valleggia Superiore 17047 QUILIANO
Tel. 019/880169 Fax 019/2165283 svic809005@istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI QUILIANO

OGGETTO: ASTENSIONE OBBLIGATORIA MATERNITÀ.

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a_____ il_____

prov.____ residente in via_____ comune di_____ cap._____

in servizio presso questo Istituto Comprensivo nel plesso di _____ in qualità

di _____ con incarico a tempo indeterminato/determinato

COMUNICA

alla S.V. ai sensi dell'art. 16 del T.U. D. legs. 151/2001 e del'art. 12 del CCNL 2006/09, che si asterrà dal lavoro a decorrere dal_____ dal momento che la data presumibile del parto è il _____

Allega copia del certificato medico attestante la gravidanza e la data presunta del parto.

Quiliano_____

Firma_____

Il Dirigente Scolastico
(Angela CASCIO)