

Ass. Amm. _____
Prot. n. _____ del _____

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Volpago**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, in servizio presso questo istituto, nel
plesso di _____ in qualità di :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> insegnante scuola infanzia | <input type="checkbox"/> direttore servizi generali amministrativi |
| <input type="checkbox"/> insegnante scuola primaria | <input type="checkbox"/> assistente amministrativo |
| <input type="checkbox"/> insegnante scuola secondaria | <input type="checkbox"/> collaboratore scolastico |
| <input type="checkbox"/> con contratto a tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> con contratto a tempo determinato |

CHIEDE

di poter usufruire di un periodo di:

- Interdizione dal lavoro per gravi complicanze nella gestazione (richiesta dell'ispettorato del lavoro)
dal _____ al _____ mese di gravidanza _____ data presunta del parto _____
- Astensione obbligatoria pre parto dal _____ al _____
mese di gravidanza _____ data presunta del parto _____
- Astensione obbligatoria post parto dal _____ al _____
data del parto _____
- Congedo parentale dal _____ al _____
data di nascita del figlio _____ data affido o adozione _____
- Permesso per malattia del figlio dal _____ al _____
data di nascita del figlio _____ data affido o adozione _____
- Riduzione oraria per allattamento dal _____ al _____
n. ore settimanali _____ data di nascita del figlio _____
data affido o adozione _____

Il/la sottoscritto/a dichiara che il padre/madre del bambino _____ non si trova
in astensione dal lavoro in quanto

- Lavoratore autonomo
- Lavoratore dipendente presso _____ ma non intende fruire
dell'assenza sopraindicata.

Documenti allegati alla presente domanda:

1. _____
2. _____

data _____ firma del richiedente _____

CONFERMA DEL SECONDO GENITORE DEL BAMBINO

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____
conferma la dichiarazione del padre/madre del bambino _____ (nome del genitore richiedente)

data, _____ firma del secondo genitore _____

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Il Dirigente Scolastico ACCOGLIE la domanda |
| <input type="checkbox"/> Il Dirigente Scolastico NON ACCOGLIE la domanda per i seguenti motivi: |

data _____ Firma del Dirigente Scolastico _____