

## CONGEDO DI MATERNITA'

(art. 16 e art. 20 del D.Lgs. 151/2001 e s.m.i)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ MATR. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ TEL.INTERNO \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI ESSERE DIPENDENTE CON RAPPORTO DI LAVORO:**

TEMPO INDETERMINATO;  TEMPO DETERMINATO;  TEMPO PIENO;  TEMPO PARZIALE

### CHIEDE:

DI ESSERE COLLOCATA IN CONGEDO DI MATERNITA' A DECORRERE DAL \_\_\_\_\_

(INIZIO **OTTAVO** MESE DI GRAVIDANZA) ai sensi dell'art. 16 del D. Lgs. 151/2001 e smi.

Allega alla presente la certificazione medica dello specialista del S.S.N. indicante la data presunta del parto.

OVVERO

DI ESSERE COLLOCATA IN CONGEDO DI MATERNITA A DECORRERE DAL \_\_\_\_\_

INIZIO DEL NONO MESE DI GRAVIDANZA (art. 20 D.Lgs. 151/01)

DOPO IL PARTO (Art. 16 co.1.1. D.Lgs. 151/01)

Allega la certificazione medica dello specialista del S.S.N. indicante la data presunta del parto e l'attestazione del Medico competente che "tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro".

### RISERVATO AL SERVIZIO DI APPARTENENZA

#### SI PRENDE ATTO DELL'ASSENZA

Visto in data \_\_\_\_\_

Nulla osta

Non si autorizza

IL COORDINATORE

IL DIRIGENTE/ IL RESPONSABILE <sup>1</sup>

<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Area/Disciplina/Servizio/Centro

Allegati \_\_\_\_\_