



ISTITUTO COMPRENSIVO DI AVIGLIANA

Via Cavalieri di Vittorio Veneto, 3 – 10051 AVIGLIANA (TO) - C.M. TOIC8AG00R -

C.F. 95616040010 Tel. 011-9328041 / 9328771 -

e-mail: [toic8ag00r@pec.istruzione.it](mailto:toic8ag00r@pec.istruzione.it) – [toic8ag00r@istruzione.it](mailto:toic8ag00r@istruzione.it)

## Oggetto: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO PER MATERNITA' – CONGEDI PARENTALI

il/a sottoscritto/a

COGNOME E NOME

QUALIFICA

nato/a a

il

in servizio presso codesto

Istituto nel corrente A.S. con contratto di lavoro

a tempo indeterminato

a tempo determinato

I.R.C.

dichiara che \_il/a \_proprio/a figlio/a è/sono:

nato/a a

il

stato/i adottato/i (ingresso in famiglia) il

e

CHIEDE

Ai sensi della Legge n. 1204/71 e n. 53/2000 e D.lgs 151/2001, nonché del CCNL del comparto scuola

Vigente, un periodo di  astensione  permesso  riduzione dell'orario di servizio

dal

al

per giorni

mesi

per il seguente motivo:

A Interdizione dal lavoro per complicanze di gestazione

B Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio di due mesi prima e tre dopo il parto o parto prematuro

C Astensione obbligatoria del lavoratore padre

- D** Astensione obbligatoria della lavoratrice madre adottiva/affidataria
- E** Flessibilità dell'astensione obbligatoria per gravidanza (dietro presentazione di certificazione richiesta dal medico dell'ASL o convenzionato o medico del lavoro)
- F** Astensione facoltativa della lavoratrice madre /del lavoratore padre nei primi 8 anni di vita del bambino
- G** astensione facoltativa della lavoratrice madre/del lavoratore padre per malattia del bambino di età inferiore ai 3 anni di vita (dietro presentazione di certificato medico)
- H** Permesso della lavoratrice madre/del lavoratore padre per malattia del bambino di età comprensiva tra 3 e 8 anni (dietro presentazione di certificato medico)
- I** Riposo della lavoratrice madre durante il primo anno di vita del bambino
- L** Riposo del lavoratore padre durante il primo anno di vita del bambino
- M** Altro

Il/La sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo

---

Indirizzo e recapito telefonico

Con osservanza

Data

Firma

## RISERVATO ALLA SEGRETERIA DELLA SCUOLA

La presente è pervenuto in data

a mezzo

Il dipendente ha già fruito di comprensivi n.

di

giorni

mesi

di

nel corso dell'a.s.

e ALLEGA:

- 1 Certificato rilasciato dal Medico dell'ASL o convenzionato o dal Medico del Lavoro
- 2 Autocertificazione attestante la nascita del figlio resa ai sensi della legge 15/68
- 3 Autocertificazione della lavoratrice madre /del lavoratore padre resa ai sensi della L. 15/68
- 4 Certificato medico attestante la malattia del figlio
- 5 Verbale dell'ispettorato del lavoro
- 6 Certificato della data presunta del parto
- 7 Dichiarazione del lavoratore padre relativa a
- 8 Dichiarazione della lavoratrice madre relativa a
- 9 Altro

Vista la domanda,

si concede

non si concede

Il Direttore S.G.A.  
Dott.ssa Annunziata SAPONE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Enrica BOSIO