**MODULO CONGEDO DI MATERNITA' (*astensione obbligatoria*)**

Al dirigente scolastico

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso la scuola

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di codesto Istituto

con contratto a tempo □ indeterminato □ determinato in qualità di □ Docente □ A.t.a.

ai sensi dell’art. 20 del D.L.vo 151/2001

CHIEDE

di poter usufruire del

 CONGEDO DI MATERNITA' (*astensione obbligatoria* nei *due mesi precedenti la data presunta del parto -*  art. 16 D.lgs. 26.03.2001 n. 151)

 dal giorno ………………….. al ……………………

* Si allega certificato attestante la data presunta del parto.

 CONGEDO DI MATERNITA' (*astensione obbligatoria* per puerperio nei *tre mesi successivi la data del parto -*  art. 16 D.lgs. 26.03.2001 n. 151)

 dal giorno ………………….. al ……………………

* Si allega certificato di nascita/autocertificazione del/della figlio/a )
* Si allega certificato attestante la data presunta del parto

 CONGEDO DI MATERNITA' (*astensione obbligatoria a partire*

*dal mese precedente la data presunta del parto e nei quattro mesi*

*successivi al parto*, art. 20 D.lgs. 26.03.2001 n. 151)

* Si allega certificato di nascita del/della figlio/a o autocertificazione)

 POSTICIPO DELL’INIZIO DEL CONGEDO DI MATERNITA’ a decorrere dal giorno………… ………………………

* Si allega certificato attestante la data presunta del parto
* attestazione sanitaria di un medico specialista dell’ASL, o con essa convenzionato,
* attestazione del medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi

Entrambe le attestazioni mediche devono rilevare che tale scelta non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro.

, .................................. FIRMA ………………………………………………