|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ISTITUTO COMPRENSIVO**  **SELVAZZANO 2** | **MATERNITA’**  **GRAVI COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE** | **DOCENTI**  **ATA** |

***Al Dirigente Scolastico***

# **Dell’IC Selvazzano 2**

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*cognome e nome*

 Docente  Infanzia  Primaria  Secondaria I grado

 DSGA  Assistente Amministrativo  Collaboratore scolastico

in servizio con contratto a tempo **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*indeterminato/determinato*

presso il Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

l'**interdizione anticipata dal lavoro per complicanze della gestazione** ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 (*Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell’articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53)* a partire dal giorno |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| per complessivi giorni |\_\_\_\_\_\_\_|.

La sottoscritta comunica il domicilio presso il quale desidera sia effettuata l’eventuale visita medico-fiscale:

via |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| n. |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| comune |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| prov. |\_\_\_\_\_\_|

A tal fine, la sottoscritta allega alla presente **certificato medico** redatto dal dott. |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| in data |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|, indicante anche diagnosi, prognosi e data presunta del parto.

Informa, infine, che l'U.S.S.L. di appartenenza è la n. |\_\_\_\_\_\_\_| di |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_