

# CONGEDO MATERNITÀ

*(Astensione obbligatoria pre-parto)*

Al Dirigente Scolastico

.....  
*(Istituzione scolastica)*

.....  
*(località)*

La sottoscritta ....., nata a .....  
il ....., in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di .....,  
con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato, trovandosi alla fine del 7° mese di  
gravidenza, comunica che ai sensi dell'art. 16 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n.151, si  
asterrà dal .....

Allega certificato rilasciato dal dott. .... il .....,  
attestante la data presunta del parto.

La sottoscritta fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere effettuate al seguente  
indirizzo:

..... - Telefono: .....

.....

*(località)*

*(data)*

.....  
*(firma)*