MOD. M3

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
Marano sul Panaro

La sottoscritta _____nata a _____ prov._____

il _____, residente a _____in Via _____

al n. _____docente scuola (infanzia ;primaria; media) presso questo Istituto a T.D. /T.I.

c h i e d e

di usufruire della flessibilità dell'astensione obbligatoria dal _____ al _____.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- che la data presunta del parto è _____;
- di non svolgere attività lavorative che possono compromettere la gravidanza;
- di aver inoltrato tempestivamente domanda per il rilascio della certificazione al differimento del periodo di astensione obbligatoria all'8^ mese al Medico Competente dell' Azienda Sanitaria.

Si allega il certificato medico comprovante l'assenza di controindicazioni all'attività lavorativa.

Marano sul Panaro, _____

_____
Firma leggibile