

Al Dirigente Scolastico
dell' I.S.I.S. Valdarno

MODULO ASTENSIONE OBBLIGATORIA

Il /La sottoscritto/a

nato/a a il

indirizzo

In qualità di:

- Docente con contratto a tempo determinato indeterminato
 Direttore amministrativo con contratto a tempo determinato indeterminato
 Assistente amministrativo con contratto a tempo determinato indeterminato
 Assistente tecnico con contratto a tempo determinato indeterminato
 Collaboratore scolastico con contratto a tempo determinato indeterminato

in servizio presso: I.P. "G. Marconi" I.T.E. "F. Severi" I.T.T. "G. Ferraris"

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 16 del Testo Unico sulla maternità D.lgs. n. 151/2001,

DI POTER USUFRUIRE DELL'ASTENSIONE OBBLIGATORIA

dal giorno

Allegato:

- certificato medico attestante la data presunta del parto

San Giovanni Valdarno,

Il richiedente

Scaricare, compilare, salvare e inviare a: aris00800q@istruzione.it

VISTO SI CONCEDE

Data ____/____/____

Il Dirigente Scolastico
(Dott. Lorenzo Pierazzi)