

A.T.A

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. "VITTORINO DA FELTRE"
CATANIA

OGGETTO: Richiesta sospensione/ripresa congedo maternità.

La sottoscritta _____
nata a _____ (Pr. _____) il _____,
residente a _____, via/piazza _____ n. _____
C.A.P. _____, e-mail _____
in servizio presso questo Istituto in qualità di:

- ◇ D.S.G.A. T.I.
◇ Assistente Amministrativo T.I.
◇ Collaboratore Scolastico T.I.

con riferimento al congedo di maternità/paternità richiesto con istanza del _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art.16 bis del T.U. maternità/paternità di cui al D.Lgs.151/2001

La sospensione del congedo di maternità/paternità dal giorno _____
A tal fine dichiara che il/la figli/_/ minore, nat/_/ a _____ il _____.
C.F.: _____ è stat/_/ ricoverat/_/ in data _____ presso la struttura
sanitaria pubblica/privata _____ sita nel Comune di _____ (____)
via _____ cap _____

La ripresa del congedo residuo di maternità/paternità dal giorno _____
A tal fine dichiara che il/la figli/_/ minore, nat/_/ a _____ il _____.
C.F.: _____ è stat/_/ dimesso in data _____ dalla struttura sanitaria
pubblica/privata _____ sita nel Comune di _____ (____)
via _____ cap _____

La sottoscritta fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere effettuate presso:

- ◇ l'indirizzo di residenza.
◇ il seguente indirizzo: _____.

Allega alla presente la relativa documentazione.

Catania _____

FIRMA
