Al Dirigente Scolastico

All: n. 1 certificato figlio

dell'ISTITUTO COMPRENSIVO N. 19 Bologna

*Oggetto:* Astensione Obbligatoria post-parto

La sottoscritta

Nata a it . in servizio presso questa

Scuola in qualità di:

❑ Docente

* A tempo indeterminato
* A tempo determinato ❑ Non docente
* A tempo indeterminato
* A tempo determinato

c/o la sede ❑ Fontana ❑ Cremonini-Ongaro ❑ Longhena ❑IOR

**in congedo per maternità dal ,** comunica, ai sensi dell'art.21 del Decreto

Legislativo 26 Marzo 2001, n.151, che it parto e avvenuto in data e pertanto **chiede**

L'applicazione dell"art.16. lettera c), nonche lettera d), del sopra-citato decreto legislativo.

Allega autocertificazione e/o certificato di nascita del figlio/a:
La sottoscritta fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere

effettuate al seguente indirizzo:

Bologna,

Firma