Al Dirigente Scolastico

dell'ISTITUTO COMPRENSIVO N. 19 Bologna

***Oggetto:* Astensione Obbligatoria pre-parto** La sottoscritta

Nata a it , in servizio presso questa

Scuola in qualita di:

A Docente

* A tempo indeterminato

All: n. 1 certificato medico

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

c/o la sede **❑ Fontana ❑ Cremonini-Ongaro ❑ Longhena HIOR**

**trovandosi alla fine del 7° mese di gravidanza,** comunica che, ai sensi dell'art.16 del Decreto Legislativo 26 Marzo 2001, n.151, si asterra dal lavoro a far tempo dal

Allega certificato rilasciato dal dott:

it , attestante la data presunta del parto.

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

Bologna,

Firma