

OGGETTO: ASTENSIONE OBBLIGATORIA.

Il/La sottoscritt _____
nat _____ il _____ a _____ (_____)
in servizio presso questo Istituto , in qualità di _____ con contratto di lavoro a tempo

Indeterminato Determinato(30/6) Determinato (31/8) breve/saltuario

COMUNICA

Che usufruirà dell'astensione obbligatoria prevista dalla normativa vigente a decorrere dal _____
(mese di gravidanza _____) visto che la data presunta del parto è _____

*A tal fine allega il certificato medico di gravidanza.

Eventuali comunicazioni potranno essere effettuate al seguente indirizzo:

via _____ Città _____
tel. _____

*** N. B. : Il certificato medico deve essere rilasciato da un medico specialista del S.S.N. o con esso convenzionato.**

Grugliasco, _____ Firma _____

=====

Visto
Il Dirigente Scolastico
Prof. Gian Michele CAVALLO