



RICHIESTA MATERNITÀ

MODULO B3

Al Dirigente Scolastico
del CPIA N°1 di Cagliari

OGGETTO: Domanda di Richiesta Maternità

___/___/___ Sottoscritt

COGNOME _____ NOME _____

NAT ___ A _____ STATO _____ IL ___/___/___

CITTADINANZA _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ PROV (____) CAP. _____

IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

IN SERVIZIO PRESSO CODESTO ISTITUTO NELL'ANNO SCOLASTICO ___/___/___ AL DISTRETTO N° _____

SEDE DI _____

- | | | | |
|---------------|---|-----------------|--|
| In qualità di | <input type="checkbox"/> DOCENTE | Con contratto a | <input type="checkbox"/> INDETERMINATO |
| | <input type="checkbox"/> COLLABORATORE SCOLASTICO | | <input type="checkbox"/> DETERMINATO AL 30/06 O 31/08 |
| | <input type="checkbox"/> ASSISTENTE AMMINISTRATIVO | | <input type="checkbox"/> SUPPLENZA BREVE |

CHIEDE

di poter usufruire per il periodo: dal ___/___/___ al ___/___/___ di complessivi n° _____ giorni di:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maternità | <input type="checkbox"/> Interdizione per gravi complicanze della gestazione* |
| | <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria* |
| | <input type="checkbox"/> Astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 1°) ** |
| | <input type="checkbox"/> Astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 2°) * |

(*) Si allega certificazione medica

(**) Si allega documentazione giustificativa

Data _____ Firma _____

VISTA LA DOMANDA **SI CONCEDE** **NON SI CONCEDE**

DSGA

DIRIGENTE SCOLATICO