

ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE STATALE "GINO ZAPPA"

Via Achille Grandi. 4 - 21047 Saranno (VA)

Telefono: 02 960 31 66 - Fax: 02 967 014 31

Cod.Univ.Uff.: UFMUGQ - Cod.Fisc.: 94000170129 - Cod.Meec.: VATD08000G

E-mail: vatd08000g@istruzione.it - PEC: vatd08000g@pec.istruzione.it

Sito web: www.itczappa.edu.it



CONGEDO OBBLIGATORIO

(astensione obbligatoria post – parto)

Al DSGA I T C " Zappa " Saronno

La sottoscritta	in	ı servizio presso questo	Istituto in qualità di
☐ Collaboratore Scolastico ☐ Assisten	te Amministrativo 🗆 🗆		
assunto con contratto a tempo:	☐ indeterminato☐ determinato stipulato con☐ determinato stipulato con		
□ in congedo per maternità dal/_	/COMUNICA, ai sensi d	ell'art. 16 del D. L. n	. 151/01 lettera c , che
il parto è avvenuto in data/	e pertanto si asterrà dal la	voro dal	al
□ in congedo per maternità dal/_	/ COMUNICA, ai sensi de	ll'art. 16 del D. L. n.	151/01 lettera d , che
il parto è avvenuto in data/	anticipatamente(*) rispett	to alla data presunta pre	evista per il
/ e pertanto si asterrà d	al lavoro con proroga dal	al	·
☐ in congedo per maternità dal/_	/ COMUNICA , ai sensi de	ell'art. 20 del D. L. n.	151/01 , che il parto è
avvenuto in data/	e pertanto si asterrà dal lavoro dal	al	come
da certificazione medica presentata per	chiedere la flessibilità: 1 mese prim	na del parto e 4 mesi do	ppo il parto ;
□ chiede il congedo obbligatorio per p	aternità DL 101 30/06/2022		
dal al op	ppure il il il	= tot gg	(max 10 gg)
A tal fine allega CERTIFICATO DI N.	ASCITA.		
La sottoscritta fa presente che eventual	i comunicazioni potranno essere efi	fettuate al seguente ind	irizzo:
Telefono	cell		
Data	Firma _		
	P.V.	IL DIRETTOF	RE SS.GG.AA

(*) in caso di parto anticipato i giorni non goduti di ast. obbligatoria pre-parto $(\max 2 \text{ mesi})$ vengono aggiunti al periodo di astensione obbligatoria post-partum.