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

Sistema Qualità
UNI EN ISO 9001
ED 2015

PERMESSO PER ALLATTAMENTO

Al DSGA
I T C " Zappa "
Saronno

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di

☐ Collaboratore Scolastico ☐ Assistente Amministrativo ☐ ☐

assunto con contratto a tempo: ☐ indeterminato
☐ determinato stipulato con USP
☐ determinato stipulato con Dirigente Scolastico

CHIEDE

di poter fruire ai sensi dell'art. 39 del DL n. 151 del 26/03/01, dei permessi per allattamento

dal _____ al _____ , per il/la proprio/a figlio/a _____

nato/a a _____ il _____

A tal fine allega:

- Certificato di nascita;
- Dichiarazione di rinuncia del coniuge ai riposi di cui trattasi;
- Che il coniuge è/non è lavoratore dipendente;
- Dichiarazione, resa ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000, che il coniuge non è in congedo nello stesso periodo e per medesimo motivo.

Il/La sottoscritto/a fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere effettuate al seguente indirizzo:

_____

Telefono _____ cell._____

Data_____ Firma _____

P.V. *IL DIRETTORE SS.GG.AA*