Ufficio Sicurezza

Via Ravasi, 2

21100 VARESE

Per Interoperabilità

**Oggetto: Richiesta flessibilità congedo di maternità**

La sottoscritta **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** in servizio presso il **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comunica la propria intenzione di astenersi dall’attività lavorativa a decorrere dal (barrare la casella d’interesse):

* ottavo mese di gravidanza
* dopo il parto (Legge Bilancio 2019)

A tale scopo allega certificato del medico specialista del SSN o con esso convenzionato, attestante che l’attività lavorativa non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro e dichiarazione del Direttore del Dipartimento di assegnazione lavorativa a seguito di comunicazione di gravidanza.

Luogo e data …………………………

Firma dell’interessata