

**Al Dirigente Scolastico  
Istituto di Istruzione Secondaria  
Scuola Media di Portomaggiore (FE)**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ Docente/D.S.G.A./Assistente  
Amm.va/Coll. Scolastico a tempo determinato/indeterminato, in servizio presso questo Istituto di  
Istruzione Secondaria di I° grado, plesso di \_\_\_\_\_ A.S. \_\_\_\_\_ CHIEDE alla  
S.V. di poter usufruire del seguente periodo di assenza ai sensi del D.Lvo 151 del 26/03/2001  
(tutela e sostegno maternità):

**Astensione obbligatoria per complicanze di gestazione: (1)**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Astensione obbligatoria per maternità: (2)**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Astensione obbligatoria post-partum: (3)**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**congedo parentale fino a 3 anni del bambino I° mese al 100% (4)**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**congedo parentale fino a 3 anni del bambino dopo il I mese con retribuzione al 30% (4)**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_\_\_

**congedo parentale 3-8 anni del bambino (4)**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**congedo parentale malattia del bambino fino a 3 anni (30 gg. per anno cumulativi tra i genitori  
– retribuzione al 100%) (5)**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**congedo parentale malattia del bambino 3 - 8 anni (max 5 gg. per genitore – senza retribuzione)  
(5)**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del dipendente  
\_\_\_\_\_

Visto: il Coordinatore di sede \_\_\_\_\_

---

VISTO: si concede/non si concede

**Il Dirigente Scolastico**  
\_\_\_\_\_

- (1) Allegare certificato medico e richiesta di interdizione dal lavoro all'ASL
- (2) Allegare certificato medico attestante la data presunta del parto
- (3) Allegare certificato o autocertificazione nascita bambino
- (4) allegare autocertificazione periodi usufruiti e dichiarazione del coniuge
- (5) allegare certificato medico e autocertificazione giorni fruiti dai genitori