

Oggetto: **RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO**  
**Interdizione anticipata dal lavoro per gravi complicanze della maternità**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. N° \_\_\_\_\_

Docente/ATA con contratto a tempo indeterminato/determinato in servizio presso la scuola primaria/infanzia/sc.  
secondaria di 1° grado di:

\_\_\_\_\_ cl. / sez. \_\_\_\_\_

**CHIEDE ALLA S.V.**

di essere collocata in **interdizione anticipata dal lavoro per gravi complicanze della maternità** ai sensi dell'art. 17  
del D.L.vo n° 151 del 26/03/2001, per il periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_ giorni

comunica che dal giorno \_\_\_\_\_ **sarà a disposizione della scuola.**

Ai fini di cui trattasi allega alla presente:

1. certificato medico redatto dal Dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
indicante anche diagnosi, prognosi e data presunta del parto;
2. copia della ricevuta rilasciata dall'Ispettorato Territoriale del Lavoro di \_\_\_\_\_.

IN FEDE

\_\_\_\_\_

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

ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

**VISTO**  
**SI CONCEDE**

**Il Dirigente Scolastico**  
**\* f.to Felicetta Palladino**  
\* Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art.3 comma 2 del Decreto Lgs.  
N.39/1993

Oggetto: **RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO**  
**Interdizione anticipata dal lavoro per gravidanza a rischio sul posto di lavoro**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. N° \_\_\_\_\_

Docente/ATA con contratto a tempo indeterminato/determinato in servizio presso la scuola primaria/infanzia/sc.  
secondaria di 1° grado di:

\_\_\_\_\_ cl. / sez. \_\_\_\_\_

**CHIEDE ALLA S.V.**

di essere collocata in **interdizione anticipata dal lavoro per gravidanza a rischio sul posto di lavoro** ai sensi  
dell'art. 7 e 17, lett. b) e c) del D.L.vo n° 151 del 26/03/2001, per il periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_ giorni

comunica che dal giorno \_\_\_\_\_ **sarà a disposizione della scuola.**

Ai fini di cui trattasi allega alla presente:

1. certificato medico redatto dal Dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
indicante anche diagnosi, prognosi e data presunta del parto;
2. copia della ricevuta rilasciata dall'Ispettorato Territoriale del Lavoro di \_\_\_\_\_.

IN FEDE

\_\_\_\_\_

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

ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

**VISTO**  
**SI CONCEDE**

**Il Dirigente Scolastico**  
**\* f.to Felicetta Palladino**  
\* Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art.3 comma 2 del Decreto Lgs.  
N.39/1993