Al Dirigente Scolastico

………………………………

(Istituzione Scolastica)

………………………………

(località)

Oggetto: **Astensione obbligatoria pre-parto.**

La sottoscritta ………………………………. nata a …………………. il …………...

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di …………………….., con contratto di lavoro a tempo **indeterminato/determinato**, trovandosi **alla fine dell’ 8° mese di gravidanza**, comunica che, ai sensi dell’art. 20 del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n.151, si asterrà dal lavoro a far tempo dal ……………...

Allega certificato rilasciato dal dott. ………………………. il …………………….., attestante la data presunta del parto[[1]](#footnote-1).

La sottoscritta fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere inviate al seguente indirizzo:

………………………………………………………. - Telefono: ……………………..

…………………………, ……………………..

(località) (data)

……………………………………………

(firma)

1. Il certificato deve essere rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato. [↑](#footnote-ref-1)