



UFFICIO PERSONALE ASSOCIATO



FLESSIBILITA' CONGEDO DI MATERNITA'

(da trasmettere firmata dal dipendente e dal Dirigente/Responsabile del Settore alla sede UPA del proprio Ente)

All'Ufficio Personale Associato

La sottoscritta _____,
dipendente del Comune di _____ con contratto a tempo:
determinato ☐ indeterminato ☐
presso il Servizio _____

CHIEDE LA FACOLTA'

di prolungare l'attività lavorativa fino al giorno _____ ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n. 151/2001.

Allega il certificato medico attestante la data presunta del parto e il certificato acquisito nel corso del settimo mese di gravidanza rilasciato da un medico specialista del S.S.N. o con esso convenzionato attestante il non pregiudizio alla salute della sottoscritta e del nascituro ai fini della fruizione di tale modalità di congedo di maternità.

Per essere autorizzata a prolungare il servizio presso l'Amministrazione, la sottoscritta chiede altresì di poter effettuare la visita presso il medico competente per la prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro al fine del rilascio della relativa certificazione.

Si riserva di trasmettere, entro 30 gg. dall'evento, autocertificazione sostitutiva del certificato di nascita ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma _____

☐ PRESA D'ATTO DEL DIRIGENTE/RESPONSABILE DEL SERVIZIO
