

**DOMANDA PER L'ASTENSIONE OBBLIGATORIA**

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA  
dell'Istituto Comprensivo "Anna Molinaro"  
Montefiascone

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con contratto a tempo  
indeterminato/determinato.

CHIEDE

di poter usufruire dell'astensione obbligatoria prevista dall'art. 16 del D.L. 26 marzo 2001, n. 151 a  
decorrenza dal \_\_\_\_\_ visto che la data presunta del parto è il  
\_\_\_\_\_.

A tal fine allega il certificato medico di gravidanza.

Data \_\_\_\_\_

Firma (Nome e cognome in stampatello)

\_\_\_\_\_

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.Lgs.39/93.  
**Ricordarsi di allegare copia del documento di identità**

Recapito:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_