

Al Magnifico Rettore

La sottoscritta	
-----------------	--

nata il		a
---------	--	---

qualifica	
-----------	--

Residente /Domiciliato/a	in	via/piazza
--------------------------	----	------------

in servizio presso il Dipartimento di	
---------------------------------------	--

Email	
-------	--

telefono	
----------	--

CHIEDE

tenuto conto che la data presunta del parto (E.P.P.) è il

	ai sensi dell'art. 16 del Decreto Legislativo n. 151/2001, di essere posta in astensione obbligatoria dal lavoro
--	--

dal		al	
-----	--	----	--

Allega: certificato medico

	ai sensi dell'art. 20 del Decreto Legislativo 151/2001, di essere posta in flessibilità dal lavoro
--	--

dal		al	
-----	--	----	--

Allega:

Certificato medico rilasciato il dal ginecologo abilitato dell'Azienda del Servizio Nazionale /dell'Azienda Ospedaliera, attestante che tale opzione non arreca danno né alla salute della sottoscritta né a quella del nascituro.

Palermo,

firma