

DOMANDA DI PERMESSO PER ALLATTAMENTO

Dati dipendente

cognome nome

in servizio presso


prim. Albegno prim. Curnasco prim. Lallio second. Treviolo second. Lallio

qualifica

collab. scolastico ass. amm.vo dsga docente

a tempo indeterminato determinato **con orario** intero part-time

PREVIA MESSA A CONOSCENZA ED EVENTUALE DISPOSIZIONE DELLE SOSTITUZIONI

 LA DOMANDA SENZA QUESTA FIRMA SARÀ RESPINTA DALLA SEGRETERIA 

Data,/...../..... VISTO del... responsabile di plesso/dsga.....

Si richiede la riduzione d'orario settimanale per allattamento ai sensi della Legge 53/2000 e successive modifiche e integrazioni

dal/...../..... al/...../..... per n..... ore

Si allega certificato di nascita del/la figlio/a ovvero autocertificazione.

Data,/...../..... Firma del dipendente



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo Statale Cesare Zonca
Viale Papa Giovanni XXIII 40 - 24048 Treviolo (BG)
Tel: 035 691624 - 035 690763 Fax: 035691068
Cod. mecc. BGIC884001 Cod. fis. 95118670165
e-mail uffici: direzione@ictreviolo.it

Treviolo,/...../.....

VISTO: SI CONCEDE.

Il dirigente scolastico
(prof. Lucio Marinelli)