



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi del Molise
Al Direttore della Scuola di Specializzazione
in _____
Prof. _____

CONGEDO DI MATERNITA'

N. matricola _____

_____ sottoscritt _____
Cognome Nome

nat_ a _____ Prov. _____ il _____

iscritt_ per l'a.a. ____/____ al 1° 2° 3° 4° 5° anno della Scuola di
Specializzazione in _____

COMUNICA

che dal _____ al _____ usufruirà del congedo di
maternità previsto dagli artt. 16, 17 e 20 del D.Lgs. n.151/2001 in modalità (*):

- ordinaria (decorrente dai 2 mesi prima della data presunta del parto fino ai 3 mesi successivi al parto)
- flessibile (decorrente da 1 mese prima la data presunta del parto fino ai 4 mesi successivi al parto)

A tal fine dichiara che:

- la data presunta del parto è il _____, come attestato dalla certificazione del medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato che si allega (per congedo di maternità in modalità ordinaria)
- la data presunta del parto è il _____ e che la scelta non arreca pregiudizio alla salute della sottoscritta e del nascituro, come attestato dalle certificazioni del medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato e del medico competente in materia di prevenzione e tutela della salute sui luoghi di lavoro (per congedo di maternità in modalità flessibile)

La sottoscritta si impegna a presentare, entro 30 giorni dal parto, il certificato di nascita ovvero la dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

Campobasso, _____

Firma leggibile

(*) Barrare la casella che interessa e allegare la relativa documentazione