



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA R. FUCINI 265"**  
**E-MAIL: RMIC821001@ISTRUZIONE.IT**

Prot. n. \_\_\_\_\_ /VII.4

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**I.C. "VIA R. FUCINI, 265" - ROMA**

**DOMANDA PER L'ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER GRAVIDANZA**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di

DOCENTE SCUOLA PRIMARIA  DOCENTE SCUOLA SEC. 1° GRADO

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  
**decorrere dal \_\_\_\_\_ visto che la data presunta del parto è il \_\_\_\_\_**

A tal fine allega il certificato medico di gravidanza.

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_