

Al Direttore del Dipartimento di

**ISTANZA PER CONGEDO DI MATERNITÀ
TITOLARI CONTRATTI D'INSEGNAMENTO AI SENSI DELLA LEGGE 30/12/2010 N. 240**

La sottoscritta _____,

nata a _____ il ____/____/____,

titolare di **un contratto d'insegnamento in**

“ _____ ”

per il periodo dal ____/____/____ al ____/____/____

presso la Facoltà di _____

dell'Università degli Studi Roma Tre,

COMUNICA

l'astensione dall'attività di supporto alla didattica didattica integrativa didattica sostitutiva
usufruendo, secondo il D.Lgs. 151/2001 e ss.mm.ii., del seguente istituto:

- Congedo di maternità obbligatorio (5 mesi)** (2 mesi *ante partum*)
(Istanza con allegato certificato medico attestante data presunta parto, da presentare entro 7° mese di gravidanza)

e di essere collocata in congedo di maternità dal giorno _____ (2 mesi prima dalla data presunta parto)

- Congedo di maternità flessibile (5 mesi)** (1 mese *ante partum*)
(ai sensi dell'art. 20 del Decreto Legislativo 26.03.01, n. 151 - Istanza con allegati certificati medico del SSN indicante data presunta parto e certificato del medico del lavoro di Ateneo, attestanti entrambi l'assenza di rischi per madre e nascituro, da presentare entro 7° mese di gravidanza)

e di poter usufruire della flessibilità del congedo di maternità dal giorno _____ (1 mese prima dalla data presunta parto)

La sottoscritta si impegna, inoltre, a fornire entro 30 giorni dal parto il certificato di nascita, ovvero la dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 del certificato ovvero autocertificazione di nascita del bambino/a.

Allegati: n. _____

- _ il certificato medico attestante la data presunta del parto;
- _ il certificato medico rilasciato dal medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato (in caso di richiesta della flessibilità del congedo di maternità);
- _ certificato di servizio rilasciato dal medico del Lavoro di Ateneo (in caso di richiesta della flessibilità di congedo di maternità)
- _ copia del documento di identità.

Firma _____

Area riservata al Dipartimento

Prot. N. _____ del _____

Il Preside della Facoltà, preso atto della presente richiesta e documentazione, comunica che

la contrattista Dott.ssa _____ inizierà il periodo di astensione

obbligatoria/facoltativa di maternità dal _____ al _____

Timbro e Firma del Responsabile di Dipartimento