*Prot. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Al Direttore del Dipartimento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ISTANZA PER INTERDIZIONE ANTICIPATA DAL LAVORO PER MATERNITA’

TITOLARI CONTRATTI D’INSEGNAMENTO AI SENSI DELLA LEGGE 30/12/2010 N. 240

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, titolare di **CONTRATTO D’INSEGNAMENTO**  per il periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

in “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” presso la Facoltà di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Università degli Studi Roma Tre,

**COMUNICA**

la richiesta per interdizione dal lavoro anticipata per maternità ai sensi dell’art. 17 comma 2 L. 151/2001

per il periodo **dal** \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa)*

La sottoscritta allega alla presente il verbale della Dir. Provinciale del Lavoro ed il certificato medico del S.S.N. o ufficiali sanitari redatto ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 25 novembre 1976, n. 1026, art. 14.

Allegati: n.\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Area riservata alla Facoltà*

*Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

*la Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inizierà il periodo di interdizione dal lavoro per maternità*

*dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Timbro e Firma del Responsabile