Spett.le Istituto

………………………………………………………..

Oggetto: **Istanza estensione del congedo di maternità ex art.17 D.Lgs.151/2001**

La sottoscritta …………………………………………………………………………. CF…………………………………………………………

nata il ……………………………….. a …………………………………………………………………………. Prov. …………………………..

residente in ……………………………………………………………….. alla via ……………………………………………………………….

**PREMESSO CHE**

* è docente di scuola …………………………………………………………………… con contratto di lavoro a tempo

determinato/indeterminato attualmente in servizio presso codesta Spett.le Istituzione Scolastica;

* il figlio/la figlia ………………………………………………………………….. è nato/a in data ……………………………….. ;
* che l’art. 17, co. 2 del D.Lgs 151/2001 prevede l’estensione del congedo di maternità dal lavoro delle lavoratrici madri quando le condizioni di lavoro o ambientali siano ritenute pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino

Tanto premesso, la sottoscritta ……………………………………………………………………

**CHIEDE**

L’estensione del congedo di maternità ai sensi dell’art. 17 co.2 del D. Lgs 151/2001 per mansioni a rischio ed ambiente di lavoro inidoneo per il post-parto fino al compimento del 7° mese di vita del bambino come da autorizzazione dell’Ispettorato del Lavoro di Napoli del ………………………………………

Si allega, certificato di nascita del figlio/figlia ……………………………………..e copia carta d’identità.

Distinti saluti

C/mare di Stabia ………………………………………………. Firma

……………………………………………………………….