Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
"Don L. Milani"
Barberino Tavarnelle

Oggetto: Richiesta riduzione orario per allattamento.

Il/La sottoscritto/a _____

genitore di_____nato il_____a_____

insegnante a tempo indeterminato/determinato, in servizio presso il plesso

_____Classe _____

CHIEDE

Di poter usufruire della riduzione di orario per allattamento dal_____al _____(non oltre la data del compimento del primo anno di vita del bambino) per un numero di_____ore settimanali.

A tal fine dichiaro, ai sensi dell'art. 4, Legge 04.01.1968 n. 15 e successive modificazioni ed integrazioni che l'altro genitore _____

nato a_____il_____nello stesso periodo non è in riduzione oraria per lo stesso motivo, perché:

- Non è lavoratore dipendente
- Pur essendo lavoratore dipendente presso (indicare con esattezza i dati identificativi del datore di lavoro, comprensivi di indirizzo e telefono)

_____

_____

_____

non intende usufruire della riduzione oraria dal lavoro per il motivo suddetto. Si allega dichiarazione attestante la nascita del figlio.

Barberino Tavarnelle, _____

_____
(firma)