Al Dirigente Scolastico
del C.P.I.A. 1 Arezzo

OGGETTO: RICHIESTA DI RIDUZIONE DELL'ORARIO DI SERVIZIO PER ALLATTAMENTO

Il/La sottoscritto/a ....., nato/a a..... prov. (.....) il ..... residente a..... prov. (.....) via.....n....., in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di ..... a tempo indeterminato/determinato, quale genitore di ……..…… nato/a a …… prov. (…….) il …… con la presente

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.
Servizio prestato per n. ore _____settimanali (se part-time indicare la tipologia)

Orario settimanale con riposi giornalieri per allattamento:

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
ORARIO INTERO					
ORARIO CON RIDUZIONE					

A tal fine dichiara che l'altro genitore:
non usufruisce dei riposi negli stessi giorni e per lo stesso motivo, perché:

- Non è lavoratore dipendente
- Pur essendo lavoratore dipendente presso

  …….
  (indicare con esattezza il datore di lavoro dell'altro genitore e l'indirizzo della sede di servizio)

  non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

Arezzo , ...

…….
Firma

(Conferma dell'altro genitore, qualora egli sia lavoratore dipendente)

Il sottoscritto …… ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, conferma la suddetta dichiarazione.

Arezzo , ……

Firma dell'altro genitore
……