



**Ministero dell'Istruzione**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "XXV APRILE" - CIVITA CASTELLANA**  
0761 513060- fax 0761/513362 - vtic81600g@istruzione.it www.ic25aprile.edu.it

**DOMANDA PER L'ASTENSIONE OBBLIGATORIA**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO XXV APRILE  
CIVITA CASTELLANA

La sottoscritta \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_  
con contratto a tempo \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

di poter usufruire dell'astensione obbligatoria prevista dall'art. 16 del D.L. 26 marzo 2001, n. 151  
a decorrere dal \_\_\_\_\_, considerato che la data presunta del parto  
è il \_\_\_\_\_.

A tal fine allega il certificato medico.

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_