



COMUNE DI BERTINORO



PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA

TIMBRO ENTE ASSOCIATO	SERVIZIO ASSOCIATO GESTIONE DEL PERSONALE
------------------------------	--

MODULO CONGEDO DI MATERNITÀ
(ex astensione obbligatoria)

**AL SERVIZIO RISORSE UMANE
E ORGANIZZAZIONE DELLA
PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA**

La/il sottoscritt_ dipendente del
Comune/Ente con contratto

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato dal _____ al _____

e profilo professionale di Cat.....

COMUNICA

che si assenterà dal servizio per congedo di maternità (durante i due mesi precedenti la data presunta del parto e fino al terzo mese successivo alla data effettiva del parto, oltre l'eventuale periodo intercorrente tra data presunta e data effettiva del parto).

Allega alla presente il certificato medico di gravidanza attestante la data presunta del parto e **si impegna a trasmettere, entro 30 gg. dall'evento**, certificato di nascita o autocertificazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000.

FORLÌ, _____

LA DIPENDENTE
