

RICHIEDA CONGEDO DI MATERNITA' OBBLIGATORIO

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Siena
c/o Divisione Corsi III livello
Centro Didattico – Policlinico Le Scotte
53100 Siena

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera Universitaria Senese
Viale Mario Bracci, 16
53100 Siena

La sottoscritta Dott.ssa _____ nata a _____, il _____,
CF _____, iscritta per l'A.A. _____ al _____ di corso della
Scuola di Specializzazione in _____, comunica che, ai sensi del
D.Lgs 151/2001, intende usufruire del congedo di maternità dal _____ al _____
con la seguente modalità:

- Astensione dall'attività formativa 2 mesi prima del parto / 3 mesi successivi al parto
- Astensione dall'attività formativa 1 mese prima del parto / 4 mesi successivi al parto
(a tal fine allega un certificato del medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato e del CUPREL che attestino che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro)

La sottoscritta è consapevole

- che ai sensi del D.Lgs 151/2001 è tenuta a presentare **entro trenta giorni il certificato di nascita del figlio** ovvero la dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445
- che ai sensi dell'art. 40 commi 3 e 5 del D.Lgs. 368/99 durante il periodo di sospensione per maternità usufruirà esclusivamente della parte fissa del trattamento economico limitatamente ad un periodo di tempo complessivo massimo di un anno oltre quelli della durata legale del corso di studi.
- che dovrà comunicare, almeno 10 giorni prima della scadenza del congedo, la data effettiva in cui intende riprendere la formazione specialistica.

Siena _____

In fede

Allega: Certificato medico attestante data presunta del parto