



**Allegato B**

Alla c.a.  
del Medico competente di Ateneo  
[medico.competente@uniud.it](mailto:medico.competente@uniud.it)

**Oggetto: richiesta flessibilità del congedo di maternità.**

La sottoscritta (*Cognome e Nome*) \_\_\_\_\_  
nata a (*Comune, Provincia, Stato*) \_\_\_\_\_  
in servizio presso (*struttura dell'Ateneo*) \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_, indirizzo email \_\_\_\_\_,

chiede di poter usufruire della flessibilità del congedo obbligatorio per maternità.

Dichiara di essere in stato di gravidanza alla \_\_\_\_\_ settimana di gestazione  
e comunica che la data presunta del parto (dpp) è il \_\_\_\_\_ e che la 30<sup>a</sup> settimana  
di gestazione sarà dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_