



Allegato B

Alla c.a.
del Medico competente di Ateneo
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^a settimana
di gestazione sarà dal giorno _____ al giorno _____.

Luogo e data _____ **Firma** _____