

COMUNICAZIONE ASTENSIONE **FACOLTATIVA** MATERNITA'

Progetto: _____

Sede: _____

L'operatrice volontaria _____ nata a _____

Il _____, in servizio presso questa sede di assegnazione per lo svolgimento del Servizio Civile
Universale (D. Lgs. N. 40 del 2017), comunica di iniziare il periodo di **astensione facoltativa** per maternità il giorno
_____, ai sensi dell'art. 20 "Flessibilità del congedo di maternità" - D. Lgs. 26/03/2001,
n. 151 "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità".

Si allega certificazione sanitaria recante la data presunta del parto.

_____, li _____

L'operatrice volontaria

Firma per avvenuta ricezione

Il Responsabile/ L'OLP
