

Asl Direttore Generale _____
Dott. _____
Alla Responsabile Gestione Attività Infermieristiche
Ospedaliere Area Presidi
Dott/ Dott.ssa _____

Oggetto: richiesta di permessi retribuiti per allattamento

IL/La sottoscritto/a _____
Dipendente della ASL di _____ in qualità di
_____ presso PO di _____ UO di
_____ Tel. _____

CHIEDE

di poter usufruire delle due ore di allattamento giornaliero previste dal Testo Unico Maternità/Paternità, dal ___/___/___ e fino al ___/___/___ (compimento del 1° anno di vita del bambino).

Dati Bambino/a Nome _____ Cognome _____
nato/a il _____ a _____;

Compatibilmente con le esigenze del servizio, chiede di poterne usufruire:

- posticipando di un'ora la prima entrata antimeridiana ed anticipando di un'ora l'uscita pomeridiana;
- posticipando di due ore la prima entrata antimeridiana;
- anticipando di due ore l'uscita pomeridiana;
- anticipando di un'ora l'uscita per pausa pranzo e posticipando di un'ora l'entrata dopo la pausa pranzo;
- altro _____

Dichiarazione di responsabilità

La sottoscritta/Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che l'altro genitore non usufruisce e non usufruirà nel prossimo futuro di analogo istituto presso altro il proprio datore di lavoro.

Restando in attesa di apposita convalida della presente, porge distinti saluti.

_____, li ___/___/___

FIRMA