

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IST. COMP. MANZONI

BOVISIO MASCIAGO (MB)

**OGGETTO: Domanda per usufruire della riduzione dell'orario
di servizio per allattamento**

La sottoscritta _____ nata a
_____ il _____, in servizio presso questo Istituto in qualità
di _____

a tempo indeterminato

a tempo determinato

comunica

alla S.V. che intende usufruire della riduzione dell'orario di servizio per allattamento prevista
dall'art. 10 L. 1204/71 dal _____ al _____.

La sottoscritta dichiara che il/la figlio/a _____ è nato/a il _____.

Bovisio Masciago _____

Firma _____

VISTO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

ALLATT.