

**Alla Direzione Territoriale del Lavoro
Area Politiche del Lavoro**

Viale G. di Vittorio n. 1 - 71121 Foggia

E, p.c., (Datore di Lavoro) _____

Oggetto: Richiesta di prolungamento dell'astensione obbligatoria

La sottoscritta _____

nata a _____ il |_|/|/|_|/|_| residente

a _____ prov. _____ in via _____

n. _____ tel. _____ @ e-mail _____,

dipendente a tempo determinato/indeterminato della ditta _____

con la qualifica di _____ essendo assegnata al reparto _____

in congedo per maternità fino al _____,

CHIEDE

Il prolungamento dell'astensione obbligatoria dal lavoro fino a 7 mesi dopo il parto ai sensi degli artt. 7 – 8 – 12 e 17 del D.lgs. 26/03/2001 n. 151

A tal fine allega:

- Certificato di nascita del figlio/a**

Foggia, lì _____

_____ (firma leggibile per esteso)

RISERVATO ALLA DIREZIONE TERRITORIALE DEL LAVORO – AREA POLITICHE LAVORO –

[] Richiedente identificata con documento:

[] Richiesta presentata, per la richiedente, dal/la
Sig./a _____
Identificato/a con documento:

[] Carta d'identità n. _____
rilasciata dal Comune di _____
in data _____

[] Patente auto n. _____
rilasciata da Prefettura/MCTC di _____
in data _____

[] Altro: _____
Rilasciato/a da _____
in data _____