



ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO STATALE  
"GIORDANI – STRIANO"

VIA CARAVAGGIO, 184 – 80126 NAPOLI – TEL. 081644553 – FAX 0812472312

Dist. Scol. n. 40 – Ambito 12 – Cod. Mec. NATF05000N

www.itgioranistrionapoli.edu.it

Email: natf05000n@pec.istruzione.it – natf05000n@istruzione.it –

c.f.80023820634 - CODICE IPA: UFM5ED



**Al Dirigente Scolastico**  
**dell'ITT "Giordani-Striano"**  
**Napoli**

**OGGETTO: RICHIESTA DI RIDUZIONE DELL'ORARIO DI SERVIZIO PER ALLATTAMENTO**

Il/La sottoscritto/a ....., nato/a a..... prov.  
(.....) il ..... residente a..... prov. (.....)  
via.....n....., in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in  
qualità di ..... a tempo indeterminato/determinato, quale genitore di  
..... nato/a a ..... prov. (.....) il ..... con la presente

**CHIEDE**

di poter usufruire della riduzione di orario per allattamento dal ..... al .....(non  
oltre la data del compimento del primo anno di vita del bambino) per un numero di ..... ore  
giornaliere.

Orario settimanale con riposi giornalieri per allattamento:

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
ORARIO INTERO						
ORARIO CON RIDUZIONE						

A tal fine dichiara che l'altro genitore non usufruisce dei riposi negli stessi giorni e per lo stesso motivo, perché:

- Non è lavoratore dipendente
- Pur essendo lavoratore dipendente presso \_\_\_\_\_ non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

Alla presente si allega certificato di nascita del figlio/a.

Napoli, .....

.....

Firma

-----

(Conferma dell'altro genitore, qualora egli sia lavoratore dipendente)

Il sottoscritto ..... ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, conferma la suddetta dichiarazione.

Napoli, .....

Firma dell'altro genitore

.....