

**Al Dirigente Scolastico  
Dell'I.I.S. CORINALDESI-PADOVANO  
Senigallia**

<b>Oggetto: RICHIESTA DI RIDUZIONE DELL'ORARIO DI SERVIZIO per ALLATTAMENTO</b>
-------------------------------------------------------------------------------------

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

**Chiede**

Ai sensi delle Leggi n° 1204/71, n° 53/2000 e dei D.L. 151/2001 e 115/2003, nonché del CCNL del comparto scuola vigente, di fruire della riduzione dell'orario di servizio di :

- *12 ore lavorative settimanali.*
- *6 ore lavorative settimanali*

Senigallia, .....

\_\_\_\_\_  
firma

Indirizzo e n. di telefono: