

Al Responsabile/Dirigente/RAD

---

---

---

La sottoscritta \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ mail (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di usufruire in data \_\_\_\_\_, di un permesso retribuito per l'effettuazione di:

- esami prenatali**
- visite specialistiche
- accertamenti clinici

correlati alla gravidanza.

La sottoscritta si riserva di presentare la relativa certificazione medica alla Divisione 2 - Personale Tecnico Amministrativo e Collaboratori ed Esperti Linguistici al rientro in servizio.

ALLEGA:

- copia del documento di identità.

*La sottoscritta è consapevole che:*

*- è soggetta alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);*

*- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).*

Firenze, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (\*)

