

**DICHIARAZIONE DI RINUNCIA DELLA LAVORATRICE MADRE ALLA FRUIZIONE  
DI UN NUMERO DI GIORNI DI CONGEDO OBBLIGATORIO PER MATERNITA'  
POST-PARTUM, IN FAVORE DELLA FRUIZIONE DEL CONGEDO FACOLTATIVO  
DEL PADRE AI SENSI DELLA LEGGE N. 92 DEL 28 GIUGNO 2012 ART. 4 COMMA  
24 LETTERA A)**

La sottoscritta .....  
codice fiscale ..... nata il ...../...../..... a.....  
prov. .... , residente in .....  
(via/piazza) (Comune) (Prov)

Dipendente della Società .....  
Stabilimento/Ente.....  
Identificativo/matricola aziendale .....

**DICHIARA**

Di rinunciare a ..... giorno/i di congedo obbligatorio *post-partum* in favore di pari giornate (1 o 2  
(Numero)  
al massimo) a titolo di congedo facoltativo fruito dal lavoratore padre.

Conseguentemente la conclusione del periodo di astensione obbligatoria per maternità, avverrà in data  
..... in luogo del .....

Data .....

Firma .....