

**All'Azienda USL di Reggio Emilia**

**Distretto di Guastalla** (Comuni di Guastalla, Gualtieri, Luzzara, Novellara, Reggiolo, Brescello, Boretto, Poviglio)

Piazza Matteotti, 4 (Ex Ospedale Civile) – Guastalla

Tel. 0522.837650

Fax. 0522.837598

e-mail o pec: distrettoguastalla@pec.ausl.re.it

**DOMANDA DI INTERDIZIONE ANTICIPATA DAL LAVORO DELLE LAVORATRICI IN STATO DI GRAVIDANZA  
ai sensi dell'art. 17 c. 2a del D.L.vo 26.03.01 n. 151**

Io sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il [ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ]  
gg mm aaaa

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

domiciliata a (se luogo diverso da residenza) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**ATTUALMENTE:**

**DIPENDENTE**

della ditta \_\_\_\_\_ attività azienda \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ con qualifica di \_\_\_\_\_ in virtù di un contratto di lavoro:

In servizio e addetta alle seguenti mansioni \_\_\_\_\_

Tempo indeterminato  Tempo determinato fino al [ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ]  
gg mm aaaa

Tempo pieno  Tempo parziale..... n. \_\_\_\_\_ ore di lavoro settimanali

Turno notturno  sì  no

assente dal [ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ] per malattia / ferie / altro (specificare) \_\_\_\_\_  
gg mm aaaa

**COLLABORATRICE**

**LIBERA PROFESSIONISTA NON ISCRITTA ALL'ALBO**

**DISOCCUPATA – Percettrice di indennità DS – avente titolo**

**TROVANDOMI:**

Alla \_\_\_\_\_ settimana di gravidanza (data presunta del parto ) [ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ]  
gg mm aaaa

**CHIEDO L'INTERDIZIONE ANTICIPATA DAL LAVORO:**

**Per complicanze della gestazione** (art. 17, c.2, lett. a) del D.L.vo n. 151/01)

periodo dal [ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ] al [ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ]  
gg mm aaaa gg mm aaaa

**Al riguardo faccio presente:**

di avere già presentato a codesta Direzione, per la suddetta gravidanza, altra richiesta di \_\_\_\_\_

**Allego i seguenti documenti:**

certificato medico rilasciato il [ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ]  
gg mm aaaa

**Sono consapevole della responsabilità penale che mi assumo in caso di false dichiarazioni e dichiaro di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L.vo 196/03, che i dati personali, di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.L.vo 196/03.**

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma della lavoratrice

LA DOMANDA PUO' ESSERE PRESENTATA DIRETTAMENTE ALLA SEGRETERIA DEL DISTRETTO DI RESIDENZA (Lunedì – mercoledì – venerdì dalle 9.00 alle 13.00) OPPURE TRASMESSA, UNITAMENTE AL CERTIFICATO MEDICO, VIA E-MAIL, PEC O FAX CON COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA'. IL CONSEGUENTE PROVVEDIMENTO SARA' RILASCIATO IMMEDIATAMENTE IN CASO DI PRESENTAZIONE DIRETTA O RITIRATO DOPO 3 GIORNI DALL'INVIO DELLA DOMANDA TRASMESSA VIA E-MAIL, PEC O FAX.

**NOTE:**

1. Il certificato dovrà essere rilasciato da un ginecologo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Qualora il certificato sia rilasciato da un medico privato, sarà cura dell'interessata acquisire convalida da parte di un medico del SSN.

2. Il certificato medico deve riportare fra l'altro: le generalità della lavoratrice, la settimana di gestazione alla data della visita medica, la data presunta del parto, la diagnosi (N.B. per la diagnosi non è sufficiente la dicitura generica di gravidanza a rischio)