

All'Azienda USL di Reggio Emilia

Distretto di Castelnovo ne' Monti (Comuni di Castelnovo ne' Monti, Busana, Carpineti, Casina, Collagna, Ligonchio, Ramiseto, Toano, Vetto, Villa Minozzo)

Via Roma, 5 - Castelnovo ne' Monti

Tel. 0522.617315 Fax. 0522.339684 e-mail o pec: distrettocastelnovomonti@pec.usl.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 si no

assente dal [___ / ___ / ___] per malattia / ferie / altro (specificare) _____
gg mm aaaa

COLLABORATRICE

LIBERA PROFESSIONISTA NON ISCRITTA ALL'ALBO

DISOCCUPATA - Perceptrice 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)