

Tel 0521 205020 Fax 0521 283940 e-mail: [ITL.Parma-ReggioEmilia@ispettorato.gov.it](mailto:ITL.Parma-ReggioEmilia@ispettorato.gov.it) - pec: [ITL.Parma-ReggioEmilia@pec.ispettorato.gov.it](mailto:ITL.Parma-ReggioEmilia@pec.ispettorato.gov.it)

**DOMANDA DI ESTENSIONE DEL CONGEDO DI MATERNITA'**  
ai sensi dell'art. 17, comma 2, lett. b) e c) del D.Lgs. 26.03.2001 n. 151

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il [\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_]  
giorno mese anno

C.F. \_\_\_\_\_, domiciliata a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**ATTUALMENTE:**

**DIPENDENTE**  **COLLABORATRICE** (gestione separata)

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

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

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

- Tempo indeterminato  Tempo determinato fino al [\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_]  
giorno mese anno
- Tempo pieno  Tempo parziale..... n. \_\_\_\_\_ ore di lavoro settimanali
- Turno notturno  sì  no  Altro (da specificare) \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI:**

- essere in servizio e addetta alle seguenti mansioni \_\_\_\_\_
- essere al \_\_\_\_\_ mese di gravidanza (data presunta del parto [\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_])  
giorno mese anno
- aver partorito in data \_\_\_\_\_  
giorno mese anno

**CHIEDE L'INTERDIZIONE DAL LAVORO perché le condizioni di lavoro o ambientali siano da ritenere pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino** (art. 17, comma 2, lett. b) e c) del D.Lgs. n. 151/2001) *per*

- Rischio biologico  rischio chimico  esposizione RX
- Movimentazione carichi  stazionamento in piedi  attività su mezzi di trasporto
- Altro (da specificare)

**Al riguardo fa presente:**

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

**Allega i seguenti documenti:**

- copia del documento di identità (permesso di soggiorno per i cittadini non comunitari)
- certificato di gravidanza rilasciato il [\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_] dal medico specialista ginecologo attestante la settimana di  
giorno mese anno gestazione e la data presunta del parto
- dichiarazione del datore di lavoro attestante l'impossibilità di spostare la lavoratrice ad altre mansioni non vietate

La sottoscritta è consapevole della responsabilità penale che si assume in caso di false dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000, e dichiara 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. La stessa potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.L.vo 196/03.

Parma, li \_\_\_\_\_

Firma della lavoratrice

DA PRESENTARE O SPEDIRE VIA FAX O VIA E-MAIL (con scanner) o PER RACCOMANDATA ALLA DIREZIONE TERR.LE DEL LAVORO ASSIEME AL CERTIFICATO MEDICO. IL CONSEGUENTE PROVVEDIMENTO DELLA D.T.L. SARA' EMESSO ENTRO 7 GIORNI DALLA RICEZIONE DELLA DOMANDA COMPLETA.