

Alla ASP Potenza
Ufficio Gravidanze a rischio
Ambito territoriale di

La sottoscritta _____ nata a _____
il _____ residente in _____
Via _____ n. _____, cap _____ cell _____ Tel. _____
domiciliata in _____ Via _____ n. _____, cap _____

dipendente della ditta/ente _____
con sede in _____ Via _____ n. _____, cap _____
con qualifica di _____

tipologia del rapporto di lavoro:

- Tempo determinato (data scadenza del rapporto di lavoro: _____)
 Tempo indeterminato
 Libera professione

PREMESSO

che attualmente è in stato di gravidanza ed è affetta da gravi complicanze della gestazione o da preesistenti forme morbose che, si presume, possano essere aggravate dallo stato di gravidanza

CHIEDE

l'interdizione anticipata dal lavoro ai sensi dell'art.17 - comma 2 - del D.Lgs.151/2001 lett.a, con decorrenza dal _____ e per il periodo indicato nell'allegato certificato medico.

A tal fine allega:

1. certificato medico ginecologico in originale rilasciato da _____ il _____, indicante la data presunta del parto e i giorni di riposo prescritti.
2. fotocopia documento di riconoscimento.

Al riguardo, per la suddetta gravidanza, dichiara di avere (non avere) presentato a codesta Azienda Sanitaria, altra richiesta di astensione anticipata.

Data _____ firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D. Dgl. N. 196/03

I dati personali di cui alla presente istanza sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento di astensione dal lavoro ai sensi dell'art. 17 l. Lgs. 151/2001. Gli stessi non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza: L'interessata potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs 196/03. La sottoscritta dichiara inoltre di essere consapevole delle conseguenze civili, penali ed amministrative conseguenti ad una dichiarazione omissiva in tutto o in parte mendace

Consenso al trattamento ai sensi del Dlgs 196/2003. firma _____