

DOMANDA DI INTERDIZIONE ANTICIPATA DAL LAVORO PER MATERNITA'

(ai sensi dell'art. 17, D.Lgs.vo 26/3/2001 n. 151)

La sottoscritta (cognome) _____ (nome) _____

nata a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____ cap _____

in via _____ n. _____

C.F. _____ telefono _____

domiciliata (indicare solo se diverso dall'indirizzo di residenza) _____

DISOCCUPATA

OCCUPATA presso la Ditta _____

con sede a _____ Prov. _____ cap _____

in via _____ n. _____

C.F./P.IVA _____ telefono _____

settore lavorativo (1) _____ con la qualifica di (2) _____

con contratto a tempo indeterminato

con contratto a tempo determinato con scadenza il _____

con altro tipo di contratto (specificare): _____

associate in partecipazione e attività libero professionale iscritte alla gestione separata

Trovandosi attualmente in stato di gravidanza,

CHIEDE

l'interdizione anticipata dal lavoro, ai sensi dell'art. 17 comma 2 lett. a) del D.Lgs. 151/2001, per gravidanza a rischio per gravi complicanze della gestazione con decorrenza dal _____ (inserire la data del certificato ginecologico).

DICHIARA

- di essere stata assente dal lavoro per malattia durante la gravidanza, per n. _____ giorni (indicare il numero di giorni di assenza per malattia fino alla data antecedente del certificato ginecologico).

- di: NON essere lavorante a domicilio essere lavorante a domicilio.

- di: NON avere fruito di altri periodi di astensione dal lavoro per la gestazione in corso.

Avere fruito di altri periodi di astensione dal lavoro per la gestazione in corso (Provvedimento n. _____)

_____ lì _____
luogo

Firma della richiedente

N.B. Dichiaro di essere stata informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, 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 al datore di lavoro ed a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. L'interessata potrà esercitare i diritti di cui agli art. 15 e ss. del Regolamento.

_____ lì _____
luogo

Firma della richiedente

DOCUMENTI DA ALLEGARE

La domanda deve essere corredata da **certificato medico in originale rilasciato dal ginecologo** del Servizio Sanitario Regionale o da un ginecologo libero professionista convalidato da un ginecologo del Servizio Sanitario Regionale, attestante: data ultima mestruazione, settimana attuale di gestazione, data presunta parto, diagnosi attestante le gravi complicanze della gestazione e/o le pregresse patologie che si ritiene possano essere aggravate dallo stato di gravidanza, termine della prognosi.

NOTE: (1) settore lavorativo: industria, artigianato, commercio, pubblico impiego, ecc.;

(2) qualifica: impiegata, operaia, infermiera, ecc;