

**DOMANDA DI ASTENSIONE ANTICIPATA DAL LAVORO PER GRAVIDANZA A RISCHIO ABORTO
PER GRAVI COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE O PERSISTENTI FORME MORBOSE**
(ai sensi dell'art. 17, comma 2, lettera a), D.lgs. 26/3/2001 n. 151)

La sottoscritta (cognome) _____ (nome) _____

nata a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ cap. _____

in via _____ n. _____

cod. fiscale _____ telefono _____

domiciliata a (indicare se diverso dall'indirizzo di residenza) _____ prov. _____

cap. _____ in via _____ n. _____

DISOCCUPATA

OCCUPATA presso la Ditta _____ con sede legale

a _____ prov. _____ cap. _____ in via _____
n. _____ sede operativa (di lavoro) a _____

C.F./p.IVA _____ telefono _____

Settore lavorativo { Pubblico Con la qualifica di _____ (impiegata, operaia, infermiera, insegnante, ecc.)
 Privato

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, per la falsità in dichiarazioni fatte a pubblico ufficiale;

Trovandosi attualmente in stato di gravidanza,

CHIEDE

- > l'astensione anticipata dal lavoro, di cui all'art. 17, comma 2, lett. a), del D.Lgs. 151/2001, per gravidanza a rischio aborto per complicanze della gestazione, con decorrenza dal _____ (data del certificato ginecologico);
- > di poter ricevere il Provvedimento rilasciato dal Medico Legale dell'ASLBI nel modo seguente oppure "RITIRO A MANO":

[_____] [_____]
(Indirizzo e.mail dove ricevere il Provvedimento protetto da password) (n. cellulare dove ricevere la password)

DICHIARA

1. che il documento di identità personale e il certificato medico ginecologico allegati alla presente domanda sono conformi all'originale senza modifiche o alterazione alcuna nei dati e nelle informazioni;
2. 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 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.

Luogo _____ lì _____ Data _____

Firma della richiedente

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

1. Documento d'identità della gestante
2. Certificato medico rilasciato dal ginecologo del Servizio Sanitario Nazionale o da un ginecologo libero professionista, 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, durata del periodo di astensione richiesto.

Alla SSD Medicina Legale
ASL BI di Biella

MODULO DI DELEGA RITIRO REFERTI MAGGIORONNI

IMPORTANTE: il ritiro della documentazione sanitaria potrà essere effettuato personalmente dall'intestatario oppure da un suo incaricato previa esibizione di un documento di riconoscimento.
In caso di ritiro da parte di un delegato occorre presentare il presente modulo debitamente compilato, la copia del documento di identità del delegante e del delegato.

Io sottoscritta _____, nata a _____

il _____, residente a _____

via _____ n. _____ tel. _____

DELEGO

il/la Sig./ra _____

nat^{o/a} a _____ il _____,

documento: _____ numero _____
Carta Identità - Patente - Passaporto

rilasciato da _____ il _____, al ritiro

della mia documentazione sanitaria (Provvedimento) sollevando la SSD Medicina Legale di Biella

da ogni eventuale responsabilità a questo relativa.

Data ____/____/____ Firma (per esteso) _____

RISERVATO ALL'UFFICIO (DA COMPILARE AL RITIRO DEL PROVVEDIMENTO DEL MEDICO LEGALE)

Dichiaro di aver ritirato, in data odierna, la documentazione sanitaria relativa alla delegante sopra indicata.

Data ____/____/____ Firma (per esteso) _____

Alla SSD Medicina Legale
ASL BI di Biella

MODULO DI DELEGA RITIRO REFERTI MINORI

IMPORTANTE: il ritiro della documentazione sanitaria di un minore può essere effettuato dal genitore esercitante la patria potestà, presentando il presente modulo debitamente compilato e la copia del proprio documento di identità, oppure da un suo incaricato.

In caso di ritiro da parte di un terzo delegato occorre presentare il presente modulo debitamente compilato, la copia del documento di identità del genitore delegante e del delegato.

Io sottoscritt^{o/a} _____, nat^{o/a} a _____
il _____, residente a _____
via _____, in qualità di genitore esercente la patria
potestà della minore _____ nata a _____
il _____

ne ritiro la documentazione sanitaria (Provvedimento) sollevando la SSD Medicina Legale di Biella da ogni eventuale responsabilità a questa relativa.

documento: _____ numero _____
Carta Identità - Patente - Passaporto

rilasciato da _____ il _____,

OPPURE

DELEGO il/la Sig./ra _____

nat^{o/a} a _____ il _____,

documento: _____ numero _____
Carta Identità - Patente - Passaporto

rilasciato da _____ il _____, al ritiro
della documentazione sanitaria di mia figlia.

AUTORIZZO quindi la consegna del Provvedimento al delegato sopra indicato, sollevando la SSD Medicina Legale di Biella da ogni eventuale responsabilità a questo relativa.

Data ____/____/____ Firma (per esteso) _____

RISERVATO ALL'UFFICIO (DA COMPILARE AL RITIRO DEL PROVVEDIMENTO DEL MEDICO LEGALE)

Dichiaro di aver ritirato, in data odierna, la documentazione sanitaria relativa alla minore sopra indicata.

Data ____/____/____ Firma (per esteso) _____