

**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
☐ Privato Con la qualifica di _____ (impiegata, operaia, infermiera, insegnante, ecc.)

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, per la falsità in dichiarazioni fatte a un 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* _____ (*indicare per questa gravidanza: la data del certificato ginecologico, se è la prima Domanda di astensione dal lavoro per maternità a rischio aborto, **oppure** il numero e la data del Provvedimento emesso dalla Medicina Legale, se è una Domanda di prosecuzione di astensione dal lavoro per maternità a rischio aborto);

> 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.

_____ lì _____
Luogo 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.