

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
VIBO VALENTIA**



**DOMANDA DI ASTENSIONE 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.....

\*domiciliata (indicare solo se l'indirizzo di residenza non coincide con quello di domiciliazione)

C.F. .... Telefono ..... PEC / e-mail.....

Occupata presso la Ditta .....

Con sede a ..... Prov. .... CAP .....

in Via ..... n.....

Telefono ..... PEC ..... FAX .....

• Con la qualifica di .....

con contratto a tempo indeterminato

con contratto a tempo determinato con scadenza il .....

attualmente assente dal servizio per ..... dal .....

con altro tipo di contratto (specificare): .....

co.co.pro. (D.M. 12.07.2007 art. 1 e 2)

associate in partecipazione e attività libero professionale iscritte alla gestione separata (Art. 2, c. 26 della Legge 335/95)

• Trovandomi:

• Alla \_\_\_\_\_ settimana di gravidanza (data presunta del parto ) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Chiede**

**l'interdizione anticipata dal lavoro ai sensi dell'art. 17 c 2/a del D.Lgs. 151/2001  
PER GRAVIDANZA A RISCHIO PER GRAVI COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE**

• Periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Allego i seguenti documenti:**

• certificato medico rilasciato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**N.B.** Dichiaro di essere stata informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs.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 al datore di lavoro ed a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. L'interessata potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs.vo 196/03.

..... Li .....

Firma della richiedente

Nel caso la domanda non venga presentata dall'interessata ma tramite altra persona occorre allegare modulo di delega con fotocopia di documento d'identità del delegante

**DOCUMENTI DA ALLEGARE**

**La domanda deve essere corredata da certificato medico i n originale rilasciato da un ginecologo di un ente pubblico** (es.: Azienda Ospedaliera, Azienda USL) attestante: data ultima mestruazione, data 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