

Alla Azienda Sanitaria Locale di Matera
Dipartimento di Prevenzione della Salute Umana
Via Montescaglioso snc 75100 Matera

e, p.c. alla Ditta _____
Sede _____

DOMANDA DI ASTENSIONE ANTICIPATA DAL LAVORO PER LAVORATRICI MADRI

- ai sensi dell'art. 17 comma 2 lett. a) del D. l.vo 26.03.2001, n. 151 e succ. mod. -

DATI ANAGRAFICI DELLA LAVORATRICE:

La sottoscritta _____
(cognome) _____ (nome) _____
nata il ___/___/___ a _____ () Stato _____ C.F. _____
(indicare la nazionalità)
residente a _____ () via _____ n. _____, e/o domiciliata in
_____ () via _____ n. _____ tel. _____

CHIEDE che il decreto d'interdizione ed ogni eventuale altra comunicazione vengano inviati per posta elettronica all'indirizzo seguente:

pec: _____, oppure e-mail: _____
in alternativa provvederà al ritiro a mano direttamente, o per delega rilasciata ai sensi dell'art. 38 legge n.445 del 28 dicembre 2000 e successive modifiche e integrazioni.

DATI SUL RAPPORTO DI LAVORO:

alle dipendenze di _____
(denominazione del/i datore/i di lavoro)
sede _____ () via _____ n. _____
(sede legale del/i datore/i di lavoro)
con qualifica di _____

(es. operaia, impiegata, bracciante agricola, ecc.)
con rapporto di lavoro a tempo: indeterminato; determinato fino al _____; disoccupata dal _____;
 lavoro a progetto (co.co.pro.); in mobilità dal _____
(barrare il tipo di contratto di lavoro)
tel. _____ pec: _____
(indirizzo di posta elettronica certificata del datore di lavoro)

CHIEDE

di essere autorizzata ad astenersi anticipatamente dal lavoro in base alla certificazione medica allegata a decorrere dal ___/___/___.

PER GRAVIDANZA A RISCHIO ai sensi dell'art.17 comma 2 lett. a) D. lgs: 26. 3. 2001, n. 151 e succ. mod. per gravi complicanze della gestazione o preesistenti patologie che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza.

Fa presente di aver presentato precedente istanza: SI - NO

A tale scopo dichiara di:

- ✓ essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs. n. 196/2003 e succ. mod., 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 a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. L'interessata potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs.n. 196/2003 e succ. mod.;
- ✓ essere consapevole delle conseguenze penali ed amministrative (revoca del beneficio) cui si va incontro in caso di false dichiarazioni e/o documentazioni prodotte (art. 76 del DPR n. 445/2000);

Luogo _____ data ___/___/___

Firma della lavoratrice

Allegare all'istanza da inoltrare al Dipartimento di Prevenzione della Salute Umana della ASM -Ufficio tutela maternità- via Fellini snc -Policoro (MT)

1-certificato medico originale rilasciato da una struttura sanitaria pubblica o privata, redatto ai sensi del D.P.R. 1026/1976;
2-copia di un valido documento di riconoscimento della richiedente;

PER INFORMAZIONI: tel./ fax 0835/986545 - - pec: asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it