

Oggetto: **RICHIESTA DI ASTENSIONE ANTICIPATA DAL LAVORO PER "GRAVI COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA O DI PREESISTENTI FORME MORBOSE"**

La sottoscritta _____

nata a _____ il _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ n° _____ telefono _____

e-mail _____ fax _____

dipendente della DITTA/ENTE _____

con sede in _____ prov. _____

in via _____ CAP _____

telefono _____ e-mail (PEC) _____ fax _____

settore lavorativo (1) _____ qualifica (2) _____

mansione (3) _____

con contratto (barrare l'ipotesi che interessa):

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato dal _____ al _____
- a tempo pieno
- a tempo parziale _____

collaboratrice (specificare) _____

libera professionista (specificare) _____

lavoratrice autonoma (contratto di lavoro a progetto, specificarne la scadenza) _____

lavoratrice autonoma (associata in partecipazione, specificarne la scadenza) _____

Sospesa/cessata dall'attività il _____

trovandosi attualmente in stato di gravidanza

CHIEDE

l'interdizione anticipata dal lavoro prevista dal D.Lgs. 26 marzo 2001, n.151, art.17, comma 2, lett. a), in quanto affetta da gravi complicanze della gestazione, (ovvero) da preesistenti forme morbose che, si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza.

A tal fine **allega**:

- certificato medico di gravidanza, in originale, attestante la data presunta del parto e le complicanze in atto (ovvero) le patologie pregresse (4).
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Comunica di essere in malattia fino al _____ (da comunicarsi se la lavoratrice trovasi in malattia al momento della presentazione dell'istanza o del suo invio postale).

La sottoscritta è informata, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 2003, che i dati personali raccolti nella presenza istanza sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto ai soggetti pubblici ed al datore di lavoro per l'eventuale seguito di competenza.

(luogo e data) _____

(firma)

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

(2) qualifica: impiegata, operaia, ecc.

(3) mansione: descrivere l'attività lavorativa svolta (es. cassiera, addetta al taglio, autista, ecc.);

(4) il certificato medico può essere redatto da un ginecologo della struttura pubblica del S.S.N. o da un ginecologo privato.