

**ISTANZA DI CONGEDO MATERNITA' ANTICIPATA PER COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE**  
**(art. 17 lett. a) D.lgs 151/2001**

ALLA DIREZIONE TERRITORIALE DEL LAVORO  
U.O. POLITICHE DEL LAVORO E AUTORIZZAZIONI PER IL LAVORO  
Via G. B. Bongioanni n.32 12100 - CUNEO

La sottoscritta \_\_\_\_\_  
Nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Domicilio attuale (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_  
dipendente della Ditta \_\_\_\_\_  
esercente attività di \_\_\_\_\_  
con sede in (indirizzo completo) \_\_\_\_\_  
e unità lavorativa in (indirizzo completo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato con scadenza \_\_\_\_\_  
con la qualifica di \_\_\_\_\_  
e mansioni di (dettagliare) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere collocata in astensione anticipata di maternità ai sensi del *D.Lgs 26.03.2001 n. 151 Art.17 lettera a)* **per gravi complicanze della gestazione o preesistenti forme morbose** come attestato dalla certificazione medica che si allega alla presente istanza(\*)

Dichiara inoltre che l'Epoca Presunta del Parto è il \_\_\_\_\_

"Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n.196, che i dati personali, di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento in quanto espressamente previsti dalla legge. 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'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs 196/03"

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

(\*) allegare certificato medico **originale** attestante gravi complicanze della gestazione e/o preesistenti pregresse forme morbose che si ritiene possano essere aggravate dalla gravidanza, redatto da un medico ginecologo di una **struttura sanitaria pubblica o accreditata** (ospedale, consultorio, ecc) o **privato** (*in quest'ultimo caso presentarsi direttamente al Servizio di Medicina Legale dell'ASL territorialmente competente per gli accertamenti medico -legali*)

Sportello e informazioni: lunedì e mercoledì dalle ore 09.00 alle 12.00  
tel 0171/693371 -0171/079717 fax 0171/699124  
e.mail: [dplcn.provvedimenti@lavoro.gov.it](mailto:dplcn.provvedimenti@lavoro.gov.it) oppure [dpl-Cuneo@lavoro.gov.it](mailto:dpl-Cuneo@lavoro.gov.it)