

DOMANDA DI ESTENSIONE DEL CONGEDO DI MATERNITA'
ai sensi dell'art. 17 del D.L.vo 26.03.01 n. 151

Io sottoscritta _____ nata a _____ il [____/____/____] domiciliata
a _____ cap _____ via _____ Tel _____ email _____

ATTUALMENTE:

DIPENDENTE

lavoratrice della ditta _____ esercente l'attività di _____
con sede a _____ CAP _____ via _____ Tel. _____
Fax _____ con qualifica di _____ in virtù di un contratto di lavoro:

In servizio e addetta alle seguenti mansioni _____

Assente dal [____/____/____] per malattia/ferie/altro (specificare) _____
gg mm aaaa

COLLABORATRICE

LIBERA PROFESSIONISTA NON ISCRITTA ALL'ALBO

TROVANDOMI:

Al _____ mese di gravidanza (data presunta del parto [____/____/____])
gg mm aaaa

In periodo di allattamento entro il 7° mese dopo il parto

CHIEDO L'INTERDIZIONE DAL LAVORO:

Per complicanze della gestazione (art. 17, c.2, lett. a) del D.L.vo n. 151/01)

periodo dal [____/____/____] al [____/____/____]
gg mm aaaa gg mm aaaa

- rivolgersi ad un ginecologo (in caso di ginecologo privato seguirà una visita di controllo)*

- allegare il certificato del medico ginecologo attestante le gravi complicanze della gestazione o le pregresse patologie che si ritiene possano essere aggravate dallo stato di gravidanza

Per Lavoro a rischio: (dell'art. 17, comma 2, lett. b) e c) del D.Lgs. n. 151/2001)

Allegare il certificato del medico del lavoro dell'ASL attestante l'impossibilità di spostare la lavoratrice ad altre mansioni che non risultino vietate

Durante la gravidanza

Durante i primi sette mesi dopo il parto

Al riguardo faccio presente:

di avere già presentato a codesta Direzione, per la suddetta gravidanza, altra richiesta di _____

Allego i seguenti documenti:

certificato gravidanza rilasciato il [____/____/____]
gg mm aaaa

certificato, o autocertificazione, attestante la nascita del bambino avvenuta in data [____/____/____]
gg mm aaaa

Sono consapevole della responsabilità penale che mi assumo in caso di false dichiarazioni e dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L.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 a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.L.vo 196/03.

Viterbo, lì _____

Firma della lavoratrice

DA PRESENTARE O SPEDIRE PER RACCOMANDATA ALLA DIREZIONE PROV.LE DEL LAVORO ASSIEME AL CERTIFICATO MEDICO ORIGINALE (+ 2 FOTOCOPIE SE PROVENIENTE DA UN MEDICO PRIVATO). IL SUCCESSIVO PROVVEDIMENTO DOVRA' ESSERE RITIRATO A MANO DALL'INTERESSATA O ALTRA PERSONA ALLO SCOPO DELEGATA, PRESSO L'U.O. AUTORIZZAZIONI PER IL LAVORO.

IL MEDICO DEL SERVIZIO PUBBLICO CHE EFFETTUA L'ACCERTAMENTO SANITARIO E' AUTORIZZATO A RICEVERE LA DOMANDA E A TRASMETTERLA D'UFFICIO ASSIEME AL CERTIFICATO, ANCHE VIA FAX, ALLA DIREZIONE PROV.LE DEL LAVORO, CHE PROVVEDERA' DALLA DATA INDICATA SUL CERTIFICATO.

IN CASO DI LAVORO A RISCHIO, RIVOLGERSI AL MEDICO DEL LAVORO DEL COMPETENTE SERVIZIO PUBBLICO (S.P.S.A.L.) POSSIBILMENTE CON UNA DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO DALLA QUALE RISULTI IN MODO CHIARO L'IMPOSSIBILITA' DI ADIBIRE LA LAVORATRICE AD ALTRE MANSIONI, PER MOTIVI TECNICI ATTINENTI ALL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE ED ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI EFFETTUATA A NORMA DI LEGGE. NE SEGUIRA' UN ACCERTAMENTO SANITARIO PIU' RAPIDO.