

n.° prot arrivo \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Alla Direzione Provinciale del Lavoro di Firenze  
Viale S. Lavagnini, 9

Tel 055460441- fax 055472620 – [dpl-firenze@lavoro.gov.it](mailto:dpl-firenze@lavoro.gov.it)

**DOMANDA DI ESTENSIONE DEL CONGEDO DI MATERNITÀ**  
(ai sensi dell'art. 17 del D. L.vo 26/03/01 n. 151)

La sottoscritta (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
codice fiscale /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/  
nata a \_\_\_\_\_ il [ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ] residente a (residenza abituale) \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ telef. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ dipendente della ditta \_\_\_\_\_ esercente l'attività di  
\_\_\_\_\_ presso l'unità operativa sita nel comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
via /P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ settore lavorativo<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
qualifica<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ mansioni<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

- tempo indeterminato  tempo determinato fino al \_\_\_\_\_  
 tempo pieno  tempo parziale n. \_\_\_\_\_ ore settimanali e n. ore giornaliere \_\_\_\_\_  
 disoccupata dal \_\_\_\_\_  in godimento dell'indennità di disoccupazione dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 in godimento del trattamento di integrazione salariale a carico della Cassa integrazione guadagni dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 in godimento dell'indennità di mobilità di cui all'art. 7 della legge 23 Luglio 1991, n. 223 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**PREMESSO CHE**

è al \_\_\_° mese di gravidanza ( data presunta del parto :

[ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ ] );  
gg. mm. aa.

è in periodo d'allattamento entro il 7° mese dopo il parto ( data di nascita del bambino :

[ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ ] );  
gg. mm. aa.

**CHIEDE L'INTERDIZIONE DAL LAVORO**

**per gravi complicanze della gestazione (art. 17, c. 2, lett. a) del D. L.vo n. 151/01) dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_]**

a tal fine allega il certificato medico ginecologico<sup>4</sup> in originale in cui devono essere riportate le generalità della lavoratrice, l'indicazione del datore di lavoro, le mansioni alle quali è addetta, lo stato di gravidanza, il mese di gestazione alla data della visita, la data presunta del parto, le gravi complicanze della gestazione o le preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza, la prognosi.

<sup>1</sup> Settore lavorativo: Industria, Commercio, Artigianato etc.

<sup>2</sup> Qualifica: operai, impiegata, etc.

<sup>3</sup> Mansioni: attività lavorativa svolta ( es. addetta al taglio, cassiera etc)

<sup>4</sup> In caso di certificato rilasciato dal ginecologo privato, seguirà accertamento medico.

**per condizioni di lavoro e ambientali pregiudizievoli ( art. 17, c. 2, lett. b) e c) del D. L.vo n. 151/01 ):**

**durante la gravidanza;**

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. certificato medico di gravidanza **in originale**, in cui devono essere riportate le generalità della lavoratrice, l'indicazione del datore di lavoro, le mansioni alle quali è addetta, lo stato di gravidanza, il mese di gestazione alla data della visita, la data presunta del parto;
2. dichiarazione del datore di lavoro dalla quale risulti in modo chiaro l'attività svolta dalla lavoratrice e l'impossibilità di adibirla ad altre mansioni, per motivi tecnici attinenti all'organizzazione aziendale ed alla valutazione dei rischi a norma di legge ( modello scaricabile dal sito).

**N.B. L'astensione dal lavoro decorrerà dalla data del provvedimento di questa DPL**

**durante i primi sette mesi dopo il parto.**

A tal fine la scrivente dichiara:

- 1) di aver partorito in data \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ il bambino \_\_\_\_\_
- 2) allega la seguente documentazione: dichiarazione del datore di lavoro dalla quale risulti in modo chiaro l'attività svolta dalla lavoratrice e l'impossibilità di adibirla ad altre mansioni, per motivi tecnici attinenti all'organizzazione aziendale ed alla valutazione dei rischi a norma di legge (modello scaricabile dal sito).

**N.B. L'astensione dal lavoro decorrerà dalla data del provvedimento di questa DPL**

**Fa presente che dall'inizio della gravidanza ha già fruito di analoghe autorizzazioni :**

- dal [ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ] al [ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ] ;
- è stata assente per malattia dal [ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ] al [ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ]

La sottoscritta è consapevole della responsabilità penale che si assume in caso di false dichiarazioni e dichiara di essere informata, 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.

Firenze li \_\_\_\_\_

Firma della lavoratrice \_\_\_\_\_

**N.B. Il provvedimento di autorizzazione verrà rilasciato alla lavoratrice in duplice copia, una delle quali dovrà essere prodotta dalla lavoratrice al datore di lavoro.**

**In caso di consegna e/o ritiro a mano del provvedimento ad opera di persona diversa dal richiedente, il soggetto delegato dovrà essere munito di delega e della fotocopia del documento di identità proprio e del delegante.**