

DOMANDA di estensione del congedo di maternità
ai sensi dell'art. 17 lett. a) del D.Lgs. n. 151 del 26/03/2001 e D.M. 12/07/2007, art. 3 punto 1°, lett. b)

La *sottoscritta* _____ nata a _____ il _____
residente/domiciliata a _____ Prov. _____ Cap _____ Via _____
n. _____ Tel. _____ e-mail _____ C.F. _____
esercente l'attività di **LIBERO PROFESSIONISTA** _____

- Dichiaro di essere *iscritta alla gestione separata dell'INPS* di cui all'art. 2, comma 26, della Legge 08/08/1995, n. 335 e che negli ultimi 12 mesi risulta destinataria di almeno 3 mesi di contribuzione maggiorata delle aliquote di cui all'art 7 del Decreto 12/07/2007 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;
- dichiara di aver già fruito di analoghe autorizzazioni per la medesima gravidanza [*SI*] [*NO*]
- dichiara, ai sensi dell'art. 47 - DPR 28/12/2000, n. 445 (*dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà*) di astenersi dall'attività lavorativa per tutto il periodo autorizzato dalla Direzione Provinciale del Lavoro

Consapevole della responsabilità penale che si assume in caso di false dichiarazioni (art. 76 D.P.R. n. 455/2000) e trovandosi nelle condizioni previste dall'art. 17 lett. a) del D. Lgs. n. 151 del 26/03/2001 sulla tutela delle lavoratrici madri,

C H I E D E

l'interdizione anticipata dal lavoro per complicanze della gestazione - art. 17, comma 2, *lett. a)* del D.Lgs. n. 151/2001 -
per il periodo dal _____ al _____

Allega alla presente certificato medico (*) del Dott. _____

Data _____

(Firma della lavoratrice)

N.B. (*) **Il certificato medico di gravidanza, in originale**, rilasciato da un ginecologo, deve contenere: le generalità della lavoratrice - il mese di gestazione - la data presunta del parto - la denominazione e la sede della Ditta ove l'interessata presta l'attività lavorativa - la prognosi - la diagnosi (specificando eventualmente se l'infermità riscontrata costituisce una grave complicanza della gestazione o un aggravamento di preesistenti forme morbose);

(Riservato all'Ufficio)

RICEVUTA

Il Funzionario

Data _____

NOTA BENE Il provvedimento di autorizzazione verrà rilasciato direttamente alla lavoratrice, presso la sede di questo Ufficio. In caso di ritiro del provvedimento ad opera di persona diversa dal richiedente, il soggetto delegato dovrà essere munito di *delega* corredata della fotocopia del *documento di identità proprio e del delegante*.