

**ISTANZA INOLTRATA DAL DATORE DI LAVORO NELL'IPOTESI DI CUI ALL'ART. 17, 2° COMMA, LETT. B) E C) DECRETO LEGISLATIVO 26.03.2001 N. 151.**

Spett.le Direzione Provinciale del Lavoro  
Servizio Politiche Lavoro di  
P A R M A

Oggetto:

**Tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici madri – Articoli 7, 12 e 17 del Decreto Legislativo 26.03.2001 n. 151 – Comunicazione rese ai sensi dell'art. 12, comma 2. Richiesta di interdizione dal lavoro.**

Il/La sottoscritto/a ....., nella sua qualità di titolare/legale  
rappresentante della ditta/ente.....esercente.....con  
sede legale in .....Via.....n.....e luogo di lavoro  
in .....Via.....n.....

**Premesso che:**

1. **Ha effettuato, nell'ambito ed agli effetti della valutazione dei rischi di cui all'art. 4, co.1 del D.Lgs. n. 626/94 e successive modificazioni, quella specifica per la sicurezza e la salute delle lavoratrici, con particolare riguardo ai rischi di esposizione ad agenti fisici, chimici o biologici, processi o condizioni di lavoro di cui all, c) del D.Lgs. n. 151/2001 (art. 11, co. 1);**
2. **Ha provveduto ai sensi dell'art. 11, co. 2 del D.Lgs. n. 151/2001 ad informare le lavoratrici occupate alle proprie dipendenze, nonché i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, sui risultati della specifica valutazione e sulle conseguenti misure di prevenzione adottate;**
3. **Ha preso atto che i risultati della valutazione di cui all'art. 11, co. 1 sopra richiamato evidenziano rischi per la sicurezza e la salute della lavoratrice dipendente di seguito indicata, che presta la propria attività lavorativa presso l'unità operativa suddetta e che si trova in periodo di gravidanza/maternità entro i sette mesi di età del figlio (cancellare la dicitura che non interessa), avendone ricevuto comunicazione dalla medesima ai sensi dell'art. 6, co. 1 del D.Lgs. n. 151/2001;**
4. **Non è possibile modificare temporaneamente le condizioni o l'orario di lavoro della lavoratrice, né spostare la stessa ad altre mansioni compatibili con il suo stato,**

che la dipendente Sig.ra .....nata a .....  
il.....e residente a .....Via.....n.....  
assunta in data .....

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato scadente il .....
- a tempo pieno
- a tempo parziale (part/time) orario settimanale di ore .....  
orario giornaliero dalle .....alle.....

ha dato informazione ai sensi dell'art. 6 del citato T.U., di trovarsi in periodo di **GESTAZIONE/PUERPERIO**, e che

• **le mansioni di** .....svolte dalla stessa, comportanti l'esecuzione di **lavori di** .....  
**con rischio specifico di** .....

sono vietate alle lavoratrici gestanti, puerpere o che si trovino in periodo di allattamento fino a sette mesi dopo il parto, rientrando, detti lavori, tra quelli pericolosi ed insalubri di cui all'art. 7 del T.U. 26.03.2001, n. 151.

- Le condizioni di lavoro e/o ambientali in cui la lavoratrice svolge la propria attività di

.....**reparto**.....

sulla base della valutazione del rischio effettuata ai sensi dell'art. 11, co. 1, T.U. 151/2001, sono da ritenere pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino, in quanto comportano l'esposizione a

.....  
Per quanto sopra, ai sensi dell'art. 12, 2° comma, T.U. 151/2001 indicato in oggetto, in applicazione di quanto previsto dagli artt. 7, 11 e 12 del predetto T.U.

## **COMUNICA**

1. **DI AVER PROVVEDUTO A SPOSTARE LA PREDETTA DIPENDENTE, A PARTIRE DAL GIORNO** .....dalla mansione di .....  
(risultato in base alla valutazione del rischio di cui all'art. 12, 1° comma del T.U. incompatibile con lo stato in cui la stessa lavoratrice si trova) a quella di .....  
considerato che quest'ultima mansione non presenta alcuna controindicazione con le predette condizioni.
  
2. **L'IMPOSSIBILITA' A SPOSTARE LA LAVORATRICE INTERESSATA AD ALTRE MANSIONI COMPATIBILI CON LO STATO DI GESTAZIONE E/O PUERPERIO PER I SEGUENTI MOTIVI:**  
(descrivere in maniera chiara gli elementi tecnici attinenti all'organizzazione aziendale che non consentono di adibire la lavoratrice ad altre mansioni, sulla base della valutazione dei rischi effettuata ai sensi dell'art. 11, 1° comma T.U. 151/2001)

.....  
.....  
.....  
.....

Data .....

**Firma e timbro della Ditta**

### **Allegare:**

- **Valutazione dei rischi ai sensi D.Lgs. 151/01 sottoscritta dal datore di lavoro, dal medico competente e dai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. (Nel caso di ditta con meno di 10 dipendenti allegare elenco dei rischi a cui è sottoposta la lavoratrice).**
- **Dichiarazione relativa all'obbligo di sorveglianza sanitaria preventiva e periodica della lavoratrice da parte del medico competente.**

<b>SI PRECISA CHE IL PROVVEDIMENTO DI MATERNITA' AVRA' DECORRENZA SOLTANTO DALLA DATA DI ACQUISIZIONE E DI VERIFICA DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.</b>
---