

**ALLA DIREZIONE PROVINCIALE DEL LAVORO
SERVIZIO POLITICHE DEL LAVORO
Unità Operativa Autorizzazioni per il Lavoro**

BENEVENTO

e p.c. ALLA _____

N. _____

Oggetto: richiesta interdizione obbligatoria dal lavoro – art.17, comma 2, lett.a), D.Lvo 26.03.2001, n. 151 – complicanze della gestazione o di persistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza.-

La sottoscritta _____ in _____

nata il _____ a _____ e residente in _____

alla Via _____ (tel. _____) con domicilio in _____

_____ alla Via _____ in servizio presso _____ in qualità di

CHIEDE

ai sensi dell'art.17, comma 2, lett. a), del D.Lvo 26.03.2001 n.151, l'interdizione obbligatoria dal lavoro per gravi complicanze della gravidanza, come diagnosticato nell'allegato certificato medico specialistico, per gg. ____ a decorrere dal _____ al _____.-

DATA PRESUNTA DEL PARTO: _____

Benevento, _____

(firma)

N.B. Sul certificato medico è obbligatorio indicare la data presunta del parto.-

N.B. Portare due fotocopie della richiesta e due fotocopie del certificato.-