

COMUNICAZIONE INOLTATA DAL DATORE DI LAVORO E DIRETTA AD ATTIVARE IL PROCEDIMENTO DI INTERDIZIONE DI CUI ALL'ART. 17 COMMA 2 LETTERE B) e C) DECRETO LEGISLATIVO n. 151 DEL 26.03.2001 (**Aziende non soggette all'obbligo di redigere il documento di valutazione dei rischi**).

Spett.le DIREZIONE PROVINCIALE DEL LAVORO  
SERVIZIO POLITICHE DEL LAVORO  
Via Lorenzo Balicco, 101 – 23900 LECCO  
☎ Tel. 0341/287737 - ☒ Fax 0341/288061  
E-mail: DPL-Lecco@lavoro.gov.it

**OGGETTO: Tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici madri – Articoli 7, 12 e 17 del Decreto Legislativo 26.03.2001 n. 151 – Comunicazione resa ai sensi dell'art. 12, comma 2. RICHIESTA DI INTERDIZIONE ANTICIPATA DAL LAVORO.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nella propria qualità di titolare/legale rappresentante della ditta \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ esercente l'attività di \_\_\_\_\_  
presso l'unità operativa di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Premesso che:**

- 1) ha assunto direttamente i compiti propri del Servizio di prevenzione e protezione dai rischi ai sensi dell'art. 10, co.1, del D.Lgs. n. 626/94 e successive modificazioni, rientrando la propria azienda tra quelle indicate al comma 11 dell'art. 4 del D.Lgs. suindicato ed ha trasmesso all'organo di vigilanza in data \_\_\_\_\_ la prevista documentazione di cui al 2° comma del citato art. 10;
- 2) 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'allegato C) del D.Lgs. 151/2001 (art. 11, co.1) redigendo la prevista autocertificazione;
- 3) ha provveduto, ai sensi dell'art. 11, co.2, del D.Lgs. 151/2001, ad informare le lavoratrici occupate alle proprie dipendenze sui risultati della valutazione e sulle conseguenti misure di protezione e prevenzione adottate;
- 4) 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/di 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;
- 5) 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, per motivi di carattere organizzativo e produttivo.

**CHIEDE**

che nei confronti della lavoratrice in parola, attualmente in servizio/assente dal lavoro per .....(cancellare la dicitura che non interessa) venga disposta, ai sensi dell'art. 12 – co. 2 – del D.Lgs. n. 151/2001, l'interdizione anticipata dal lavoro in attuazione di quanto previsto dall'art. 7, co. 6 e dall'art. 17, co. 2 – lettere b) e c) dello stesso D.Lgs. n. 151/2001.

**Dati anagrafici e notizie relative alla lavoratrice di cui si chiede l'interdizione**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Comune e provincia di residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo completo \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

alle dipendenze dello scrivente dal \_\_\_\_\_ con sede lavorativa in \_\_\_\_\_

con contratto di lavoro a tempo determinato scadente il \_\_\_\_\_ ovvero con contratto di lavoro a tempo

indeterminato (cancellare la dicitura che non interessa), occupata con la qualifica di

\_\_\_\_\_ a tempo pieno/parziale per ore \_\_\_\_\_ settimanali ed

adibita alle seguenti mansioni \_\_\_\_\_

cui corrispondono i seguenti rischi specifici \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(si fa riferimento ai lavori faticosi, pericolosi e insalubri di cui all'art. 7 D.Lgs. 151/01 – allegati A), B) e C)).

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Timbro della ditta e firma  
del titolare/legale rappresentante

**Si allega:**

- **Certificato medico attestante stato di gravidanza e data presunta parto** della lavoratrice interessata, oppure, in caso di parto già avvenuto indicare il termine della maternità obbligatoria ed allegare **certificato di nascita** (o autocertificazione);
- **Busta affrancata** per la risposta se l'istanza viene inviata per posta.