

n.° prot arrivo _____ del _____

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

Tel 055460441- fax 055472620 – dpl-firenze@lavoro.gov.it

Richiesta di estensione del congedo di maternità - T.U. delle disposizioni legislative in materia di tutela e di sostegno della maternità e della paternità - D. L.vo. n. 151/2001 e D.M. 12/07/07 (G.U. n.° 1247 del 23/10/07).

La sottoscritta (cognome) _____ (nome) _____

nata a _____ il [___ / ___ / ___] residente a (residenza abituale) _____

(Prov. _____) in via _____ n. _____ telef. _____ e-mail _____

codice fiscale / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

esercitante attività libero professionale

specificare attività : _____

luogo di lavoro _____ (Prov. _____) via /P.zza _____ n. _____

telefono _____ fax _____ e-mail _____

CHIEDE

L'autorizzazione ad astenersi dal lavoro, ai sensi dell'art. 17, c. 2, lett. a) del D. L.vo n. 151/01, **per gravi complicanze della gestazione**

dal: [___ / ___ / ___]

A tal fine allega:

1. certificato medico ginecologico¹ in **originale** in cui devono essere riportate le generalità della lavoratrice, la tipologia di lavoro, 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;
2. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (modello scaricabile dal sito) in cui la lavoratrice attesti l'astensione effettiva dall'attività lavorativa per tutto il periodo di estensione del congedo di maternità.

DICHIARA di essere iscritta alla Gestione Separata di cui all'art. 2, comma 26 della legge n.° 335/95 dal : [___ / ___ / ___].

DICHIARA che negli ultimi 12 mesi risulta destinataria di almeno 3 mesi di contribuzione dovuta alla gestione separata.,

DICHIARA di astenersi dall'attività lavorativa per tutto il periodo autorizzato dalla Direzione Provinciale del Lavoro.

¹ In caso di certificato rilasciato dal ginecologo privato, seguirà accertamento medico.

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 _____

Sarà cura della lavoratrice (o di un suo delegato) procedere al ritiro del provvedimento di autorizzazione . Il soggetto delegato dovrà essere munito di documento di identità , di delega e della fotocopia del documento di identità proprio e del delegante.