

**Lavoratrici iscritte alla gestione separata (art. 2, comma 26, della legge 8/8/1995 n. 335)**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente/domiciliata in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

A.U.S.L.(di residenza/domicilio) \_\_\_\_\_

**Dichiara** di essere iscritta alla gestione separata tenuta al versamento di cui all'art. 59, Legge n. 449/1997 in quanto:

**Collaboratrice a progetto** o categorie assimilate  **Associata in partecipazione**

**Libera professionista** (limitatamente alla gravidanza a rischio lett. a, D. Lgs. n. 151/2001);  altro

**Dichiara** che negli ultimi 12 mesi risulta destinataria di almeno tre mesi di contribuzione dovuta alla gestione separata, maggiorata delle aliquote di cui all'art. 7 del Decreto 12/07/2007 del Ministero del Lavoro Previdenza Sociale; **dichiara**, ai sensi dell'art. 47 – D.P.R. 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;

**Committente** \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale che si assume in caso di false dichiarazioni (art. 76 DPR n. 455/2000)

CHIEDE l'interdizione dal lavoro per:

- GRAVIDANZA A RISCHIO**, ai sensi della **lett. a)** art. 17 II comma D.Lgs.n. 151/2001, dal \_\_\_\_\_ (allegare:originale certificato ginecologo, vedere **allegato n. 1** sul retro del foglio);
- LAVORI VIETATI**, ai sensi delle **lett. b) e c)** art. 17 II comma D.Lgs. n. 151/2001, per lavori vietati o ambiente di lavoro non idoneo (allegare dichiarazione del datore di lavoro, vedere **allegato n. 2** sul retro del foglio) per il periodo:  **prima del parto** data presunta parto \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 **dopo il parto** data nascita bimbo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

“La sottoscritta dichiara di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. L.vo n. 196/2003, 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 ai soggetti pubblici per eventuale seguito di competenza. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. L.vo n. 196/03”

**Data**, \_\_\_\_\_

**Firma** (lavoratrice) \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

**Rep. n.** \_\_\_\_\_ **del** \_\_\_\_\_

**RICEVUTA** che si rilascia in duplice copia una delle quali verrà prodotta al datore di lavoro a cura della lavoratrice ai sensi dell'art. 18 DPR n. 1026/1976

- GRAVIDANZA A RISCHIO**: vista la documentazione prodotta dalla lavoratrice, si fa presente, che qualora entro il termine di 7 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di ricezione non sia stato emanato il provvedimento, la domanda si considera accolta, ai sensi dell'art. 18 DPR n. 1026/1976. Il provvedimento sarà emanato per determinare la durata dell'astensione.
- LAVORI VIETATI**: vista la documentazione **completa** prodotta dalla lavoratrice e/o dal datore di lavoro, si fa presente che l'astensione dal lavoro decorrerà dalla data del provvedimento di questa DPL che sarà emanato entro 7 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di ricezione dell'istanza.
- La presente VIENE** trasmessa, a cura della DPL, per i previsti accertamenti di competenza: **al Consultorio** dell'AUSL di \_\_\_\_\_ (la lavoratrice deve contattare il consultorio)

al Servizio **U.O. Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro** di \_\_\_\_\_

L'incaricato dell'Ufficio  
\_\_\_\_\_

## **ALLEGATO N. 1: GRAVIDANZA A RISCHIO** Lettera A – art. 17, II comma. D. L.gs. n. 151/2001

La domanda deve essere corredata dal :

1. certificato medico **originale** rilasciato dal ginecologo del servizio sanitario nazionale (+ una fotocopia se il certificato è rilasciato da un medico privato) attestante : *la data attuale di gestazione, la data presunta del parto, il termine della prognosi, la diagnosi* attestate le gravi complicanze della gestazione e/o pregresse patologie che possano essere aggravate dallo stato di gravidanza.

### **NOTA INFORMATIVA**

La lavoratrice che ha allegato un certificato medico *privato* attestate la gravidanza a rischio dopo aver presentato la domanda alla Direzione Provinciale del Lavoro è invitata a contattare il Consultorio dell'AUSL competente per essere sottoposta al prescritto accertamento sanitario di controllo in mancanza del quale non potrà essere rilasciata alcuna autorizzazione. In caso di effettivo impedimento la lavoratrice dovrà darne comunicazione al Consultorio al fine di rendere possibile l'accertamento domiciliare.

### **CONSULTORI Servizio Sanitario Nazionale**

**BOLOGNA** :ConsultorioVia Sant'Isaia, 94/A - tel. 051/6597111 Consultorio Via Ercole Nani, 10 -tel. 051/3143146

Consultorio Via Carpaccio, 2 -tel. 051/6223611

**Anzola Emilia** Via XXV Aprile, 9/a - tel. 051/6501108

**Baricella** via Europa, 15 tel 051/6662325 (comprende i comuni: Malalbergo, Minerbio)

**Bazzano** via Martiri, 10/a - tel. 051/838709

**Budrio** via I° Maggio, 1 tel 051/803676 (comprende comune di: Castenaso, Molinella)

**Calderara di Reno**Via Turati, 13- tel. 051/6462001

**Casalecchio di Reno** Via Garibaldi, 17 - tel. 051/596722

(comprende i Comuni di: Castello di Serravalle – Crespellano – Monte San Pietro - Monteveglio – Savigno )

**Castelmaggiore** Piazza 2 Agosto 1980, 2 tel. 051/4192421 (comprende i comuni: Argelato, Bentivoglio)

**Castiglione dei Pepoli** via Dante Alighieri 16 tel. 0534/93711

(Comprende i Comuni di: Camugnano – Castiglione dei Pepoli-Grizzana Morandi – Monzuno – S.Benedetto Val di Sambro )

**Granarolo dell'Emilia** via San Donato, 74 tel 051/762807

**Imola** Viale Amendola n. 8 tel. 0542/604190/604239

(Comprende i Comuni di Borgo Tossignano – Casalfiumanese - Castel del Rio - Castel Guelfo – Castel San Pietro - Dozza – Fontanelice – Medicina – Mordano)

**Pieve di Cento** via Campanili, 4 tel. 051/6862531 (comprende comune di : Castello D'argile)

**Porretta Terme** Via Roma, 16 tel. 848884888

(Comprende i Comuni di: Castel di Casio – Gaggio Montano – Granaglione - Lizzano in Belvedere – Pioppe di Salvaro)

**San Giovanni in Persiceto** via IV Novembre, 10 tel. 051/6813651

(comprende: Crevalcore, Sala Bolognese, S. Agata Bolognese)

**San Lazzaro di Savena** Via Repubblica, 11 tel. 051/6224111

(Comprende i Comuni di: Loiano – Monghidoro – Monterezeno – Ozzano dell'Emilia – Pianoro)

**San Pietro in Casale** via Asia, 61 tel. 051/6662785 (comprende: San Giorgio Piano, Galliera )

**Sasso Marconi** via Porrettana, 314 - tel. 051/6756668

**Vergato** via della Costituzione, 165 TEL. 051/6749111 (comprende i comuni di (Castel d'Aiano – Marzabotto)

**Zola Predona** Piazza di Vittorio n. 1 - tel. 051/6188910

Il provvedimento di estensione della maternità obbligatoria rilasciato dalla Direzione Provinciale del Lavoro sarà indirizzato: alla lavoratrice, al datore di lavoro e in caso di rapporto di lavoro privato anche all'Inps di competenza. Dalla data di decorrenza del provvedimento la lavoratrice non è soggetta agli orari della visita fiscale .

La domanda di estensione della maternità obbligatoria per gravidanza a rischio può essere inoltrata per posta o presentata personalmente o tramite altra persona allo Sportello Polifunzionale durante gli orari di apertura al pubblico. (vedi intestazione modello)

La lavoratrice occupata presso un'azienda privata per ottenere il pagamento dell'indennità relativo al periodo del congedo di maternità obbligatoria, due mesi prima del parto e tre mesi dopo il parto, dovrà presentare nel corso del 7° mese di gravidanza apposita domanda all'Inps di residenza in quanto in assenza di tale domanda l'Inps non potrà effettuare il pagamento

## **ALLEGATO N. 2: LAVORI VIETATI** (tipo di lavoro) Lettere B) e C) – art. 17, II c., D. L.vo n. 151/2001.

La domanda deve essere corredata:

1. **certificato** rilasciato da un medico ginecologo attestante lo stato di gravidanza e la data presunta del parto (se si riferisce a una domanda presentata per il periodo *antecedente il parto*).
2. **copia** certificato di nascita del bambino nell'ipotesi di domanda interdizione dal lavoro periodo *dopo il parto*;
3. **Dichiarazione** circostanziata del datore di lavoro nella quale risulti indicata la mansione o il lavoro vietato cui è adibita la lavoratrice stessa e in modo chiaro, sulla base di elementi tecnici attinenti all'organizzazione aziendale, l'impossibilità di adibirla ad altre mansioni ( modello da scaricare [www.lavoro.gov.it/dpl/bologna](http://www.lavoro.gov.it/dpl/bologna)).
4. **Atto di notorietà** che deve compilare il datore di lavoro in caso di lavori vietati e lavoratrici tassazione separata

**Modello che deve compilare il datore di lavoro in caso lavoratrici iscritte alla gestione separata addette a lavori vietati**

Dichiarazione sostitutiva  
**DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov ( ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ porov. ( ) in via \_\_\_\_\_  
Legale rappresentante della Ditta \_\_\_\_\_  
Con sede in \_\_\_\_\_ cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

- 1) che la lavoratrice \_\_\_\_\_ ha sottoscritto con la Ditta \_\_\_\_\_ contratto di  
 **collaborazione a progetto**       **associazione in partecipazione**  
 **altro** \_\_\_\_\_
- 2) che la suddetta lavoratrice svolge la propria attività presso i seguenti locali dell'Azienda via \_\_\_\_\_;
- 3) che a seguito della valutazione dei rischi la lavoratrice medesima svolge un'attività rientrante tra i lavori vietati ai sensi del Decreto Legislativo n. 151/2001 in quanto espone ai seguenti rischi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4) **che durante il periodo di estensione dell'astensione obbligatoria ai sensi del Decreto Legislativo n. 151/2001 e per gli effetti del Decreto 12/07/2007 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, alla lavoratrice su menzionata non saranno richieste prestazioni lavorative dalla scrivente Ditta.**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro dell'Azienda e firma del dichiarante (per esteso e leggibile)\*

Allegare copia del documento di riconoscimento.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

\* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.