DOMANDA DI ASTENSIONE ANTICIPATA

La sottoscritta .....

Nata a ..... il ...../...../.....

codice fiscale ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../

domiciliata a .....

In via .....Telefono .....

e-mail .....

- ❏ Lavoratrice autonoma
- ❏ Libero professionista
- ❏ Dipendente della Ditta .....

Sede legale in.....Via .....

Tel. ..... Fax ..... e-mail .....

Sede operativa .....Via .....

Rapporto di lavoro: ❏ tempo indeterminato

❏ tempo determinato scadenza .....

CHIEDE

L'autorizzazione ad astenersi dal lavoro, ai sensi dell'art. 17 comma 2, lett. a) del D.L.vo n. 151/2001, per gravi complicanze della gestazione dal .....

A tal fine allega la seguente documentazione:

- **certificato medico ginecologico** in originale in cui devono essere riportate le generalità della lavoratrice, 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.
  Nel caso di certificato redatto da un ginecologo privato sarà prenotata dalla AUSL una visita da un ginecologo pubblico entro sette giorni.

La sottoscritta dichiara di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 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 a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza.

Data ....

(F I R M A)

AUSL PROTOCOLLO IN ARRIVO N. ..... DEL .....