



All'Azienda U.S.L. di Imola  
Dipartimento Cure Primarie

**Domanda di estensione del congedo di maternità ai sensi dell'art. 17 lett. a) del D. Lgs. N. 151 del 26/03/2001**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Dipendente/Ex** dipendente con contratto di lavoro subordinato presso la

Ditta/Ente \_\_\_\_\_

sede \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

[ ] tempo indeterminato [ ] tempo determinato fino al \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale che si assume in caso di dichiarazioni mendaci (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 **nota in calce**)

"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) \_\_\_\_\_

La domanda deve essere corredata dal 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.

Nel caso di invio tramite fax (Segreteria Distretto 0542/604456) o tramite posta elettronica certificata Dipartimento Cure Primarie: cureprimarie@pec.ausl.imola.bo.it, occorre allegare oltre al certificato medico, fotocopia del documento di identità della lavoratrice

**RISERVATO ALL'AZIENDA USL**

**Si rilascia la presente ricevuta alla lavoratrice che dovrà presentarne copia al datore di lavoro ai sensi dell'art. 18 DPR n. 1026/1976**

L'addetto