



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 in _____ Via _____ Prov. (____) Cap. _____

Domiciliato/a in _____ Via _____ Prov. (____) Cap. _____

Tel. _____ Email _____ A.U.S.L.(di residenza/domicilio) _____

Dipendente/Ex dipendente con contratto di lavoro subordinato presso la

Dittta/Ente _____

Sede Legale _____ Via _____ Tel. _____

Sede di lavoro _____ Via _____ PEC _____

[] 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 Regolamento UE 2016/679/GDPR e dalle disposizioni 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 ai soggetti pubblici per eventuale seguito di competenza. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 15 e 16 del Decreto Europeo soprarichiamato”

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 posta elettronica certificata a 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 _____