



Mod. all. 11POSTPART

UOC SOVRAORDINATA

Prot. n° _____ del _____

All'U. O. RISORSE UMANE

SEDE

Oggetto: - **Lavoratrice madre** _____
Periodo post partum

Con riferimento alla richiesta del _____ sentito il Medico Competente/Autorizzato(***), il Direttore UO Fisica Sanitaria(***) - Esperto Qualificato si comunica che lavoratrice madre indicata in oggetto, in servizio presso l'UO _____ con qualifica di _____ e mansioni di _____

- a.** Può riprendere il lavoro al termine del congedo di maternità, nello stesso reparto di appartenenza in quanto non esposta a rischi per la sua salute e per quella del figlio, alle seguenti condizioni (*eventuale*) _____
- b.** Non può riprendere l'attività nella UO di appartenenza in quanto sono presenti i rischi sotto elencati
b1) _____
b2) _____
b3) _____
e viene spostata nell' UOC/UOS _____
_____ ove non sono presenti rischi.
- c.** Non può riprendere l'attività in altre UO dove non sono presenti rischi per **motivi organizzativi**.

Il Direttore UO
sovraordinata

Il Direttore UOC/UOS/UOD
di appartenenza
(****)

Il Direttore UOC/UOS/UOD
di destinazione

Dirigente del SAIO (*)

Dirigente del SPTSReAS(**)

MEDICO COMPETENTE/IL MEDICO AUTORIZZATO(***)

(*) solo per il personale infermieristico e ostetrico in caso di spostamento ad altra UO

(**) solo per il personale tecnico sanitario della prevenzione della riabilitazione e dell'assistenza sociale in caso di spostamento ad altra UO

(***) solo per lavoratrici esposte a rischio da radiazioni ionizzanti

(****) solo nel caso di ritorno nella UO di appartenenza