

Mod. all. 5**COMUNICAZIONE IMPOSSIBILITÀ SPOSTAMENTO STESSA UOC/UOS****UNITA' OPERATIVA COMPLESSA/DIP.LE/SEMPLICE/** (di appartenenza della lavoratrice)

Prot. n. _____

del _____

AI DIRETTORE della UOC AGGE delle RISORSE UMANE

AI DIRETTORE della STRUTTURA SOVRAORDINATA

e p. c. AI Dirigente del SAIO (*)
AI Dirigente del SPTSReAS(**)

LORO SEDE

Oggetto: Lavoratrice madre _____ con qualifica

di _____ e mansioni di _____

in stato di gravidanza dal _____ (data presunta parto _____) / con parto avvenuto il _____ /

Si trasmette il certificato di **gravidanza/nascita figlio/a** della lavoratrice indicata in oggetto evidenziando che per motivi organizzativi e/o per la **esistenza dei rischi riportati sul DVRLM**, quali (inserire la voce riportata nel DVRLM):

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

non è possibile spostare la lavoratrice ad altra mansione all'interno di questa UO.

Si evidenzia che la stessa, in attesa dei provvedimenti previsti, rimane momentaneamente a disposizione di questa Unità Operativa senza essere adibita a lavorazioni pericolose, faticose ed insalubri dal _____.

IL DIRETTORE UO

All.: certificato di gravidanza/autocertificazione nascita figlio**Nota:**- la presente comunicazione va trasmessa **immediatamente** via FAX

(*) Solo per il personale infermieristico, ostetrico, OSS, OTA e ausiliario.

(**) solo per il personale tecnico sanitario della prevenzione della riabilitazione e dell'assistenza sociale.