

Mod. all. 8**COMUNICAZIONE DTL ASSEGNAZIONE ALTRA MANSIONE/POSTO LAVORO****UOC AGGE delle RISORSE UMANE**UOS AREA GIURIDICA E RELAZIONI SINDACALI
SETTORE AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI
UFFICIO AMMINISTRAZIONE – Fax 0761/237346 - Tel. 0761/237340 -335

Prot. n. _____

del _____

ALLA DIREZIONE TERRITORIALE DEL LAVORO VITERBO

ALLA LAVORATRICE MADRE

p. c. Al DIRETTORE della UOC/UOS/UOD (di appartenenza lav. madre)

Al Direttore della Struttura Sovraordinata

Al Dirigente del SAIO (*)/Al Dirigente del SPTSReAS(**)

Al Medico Competente/Medico Autorizzato

Al Direttore S. P. P.

Al Direttore UO Fisica Sanitaria-Esperto Qualificato

LORO SEDE

Oggetto: COMUNICAZIONE VARIAZIONE MANSIONE/POSTO DI LAVORO.Si comunica che la lavoratrice madre _____ con qualifica
di _____ e mansioni di _____in stato di gravidanza dal _____ con data presunta del parto _____ /con parto avvenuto il
_____ in servizio presso la UOC/UOS/UOD _____

attualmente esposta ai seguenti rischi:

a) _____

b) _____

c) _____

è stata ASSEGNATA, con le stesse mansioni/con mansioni di _____

presso l' UOC/UOD/UOS _____

con le seguenti limitazioni (eventuale) _____

e, pertanto, non è più addetta a lavori pericolosi di cui al D. Lgs. n.151/2001.

Tale spostamento si protrarrà dal _____ al _____ (***)

-
- fino all' inizio del periodo di congedo di maternità;
-
-
- fino alla scadenza dei 7 mesi dalla data effettiva del parto;
-
-
- fino ad un anno di età del bambino o/a

Per delega del Direttore Generale
IL DIRETTORE UO**ALL.: certificato di gravidanza/nascita figlio.**

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

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

- (***)
-
- PROVVEDIMENTO DEFINITIVO**
-
-
- DA DEFINIRE PERIODO POST-PARTUM**