

Mod. all. I I**COMUNICAZIONE A UOC RISORSE UMANE DA STRUTTURA SOVRAORDINATA
– UOC/UOS – SAIO-SPTSREAS CON PARERE PER PERIODO POST PARTO****STRUTTURA SOVRAORDINATA***(DIREZIONE SANITARIA-DIREZIONE DISTRETTO-DIREZIONE DIPARTIMENTO)*

Prot. n. _____

del _____

Al Direttore UOC AGGE delle RISORSE UMANE

Al Direttore della UOC/UOD/UOS (di appartenenza)

Al Direttore UOC/UOD/UOS (di destinazione)

LORO SEDE

Oggetto: Lavoratrice madre _____
Periodo post-partum

Con riferimento alla richiesta del _____, **SENTITO il Medico Competente/Medico Autorizzato unitamente al Responsabile del SPP e il Direttore della 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/UOD/UOS _____

- ove non sono presenti rischi.
- c.** Non può riprendere l'attività in altre UO dove non sono presenti rischi per **motivi organizzativi**.

Dirigente del SAIO (*) _____

Dirigente del SPTSReAS(**) _____

II DIRETTORE STRUTTURA SOVRAORDINATA

Nota:

(*) solo per il personale infermieristico, ostetrico, OSS, OTA e ausiliario 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 il personale esposto a rischio da radiazioni ionizzanti