

Al Direttore Generale AUSL Viterbo
Al Direttore del DISTRETTO n. _____ di _____
-indicare il Distretto Sanitario di residenza (1 Montefiascone, 2 Tarquinia, 3 Viterbo, 4 Vetralla, 5 Civita Castellana)-

OGGETTO: **Domanda di estensione del congedo di maternità ai sensi dell'art. 17 comma 2, lett.a del D. Lgs. n. 151 del 26/03/2001 e s.m.i. (lavoratrice dipendente)**

La sottoscritta _____ CF _____

Nata a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n.civ. _____

tel. _____ Tel.cell. _____ e-mail _____

domiciliata in _____ prov. (____) cap. _____

(indicazione indirizzo ai fini dell'accertamento sanitario ai sensi dell'art.17 comma 2 del d.lgs.151/2001 se diverso da quello della residenza e/o del domicilio _____)

Documento di identità n. _____ Rilasciato da _____ il _____

Dipendente con contratto di lavoro subordinato

tempo indeterminato tempo determinato fino al _____

presso la Ditta/Ente _____ CF/Partita IVA _____

sede _____ via _____ n. civ. _____

tel. _____ e-mail _____

Sede di lavoro _____ via _____, n. civ. _____

e- mail _____

Attività dell'azienda _____ qualifica _____

CHIEDE

essendo gestante con data presunta del parto il _____ l'interdizione dal lavoro per GRAVIDANZA A RISCHIO, ai sensi della **lett. a)** art. 17 Il comma D.Lgs.n. 151/2001 e s.m.i., dal _____ per giorni _____ (vedi prognosi certificato medico), consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste (art. 76 DPR n. 455/2000 e s.m.i.). A tal fine

ALLEGA

1. Certificato medico attestante lo stato di gravidanza, in originale, con indicazione della settimana di gestazione, della data presunta del parto, della prognosi, della diagnosi (*complicanze gravidanza/esistenza di preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza*)

NB: se il certificato è emesso da medico non dipendente del SSN presentare anche 2 fotocopie del certificato)

2. Copia documento di identità in corso di validità

Luogo, Data _____ Firma _____

RISERVATO ALL'UFFICIO RICEVENTE _____ **Prot. n. _____ del _____**

RICEVUTA che si rilascia in duplice copia una delle quali verrà prodotta al datore di lavoro a cura della lavoratrice ai sensi dell'art.18 DPR n.1026/1976.

"GRAVIDANZA A RISCHIO": vista la documentazione prodotta dalla lavoratrice, si fa presente che qualora entro il termine di sette giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di ricezione della presente domanda non sia stato emanato il provvedimento, la domanda si considera accolta, ai sensi dell'art.18 DPR n.1026/1976. Il Provvedimento sarà emanato per determinare la durata dell'astensione.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art.13 d.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Amministrazione informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Amministrazione opportunamente incaricati ed istruiti attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Amministrazione informa, ai sensi dell'art.10 della legge 31/12/1996 e successive modifiche e integrazioni (d.lgs.196/03), secondo quanto previsto dall'art.48, comma 2, del D.P.R. 445/2000, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati soltanto in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti.

sito web: www.asl.vt.it P.IVA01455570562- Tel.Centralino 0761/3391 – PEC: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

Mod.Richiesta interdizione dal lavoro ex art.17, comma 2, lett.a D.Lgs. 151/01 e s.m.i.

04.2012

LAVORATRICE DIPENDENTE