

(Astensione dal Lavoro -Maternità Anticipata per Gravidanza a rischio)

ASL AVELLINO

Via degli Imbimbo,10/12 – Tel. e Fax : 0825292006 - e-mail: alma@aslavellino.it**DOMANDA DI ASTENSIONE ANTICIPATA DAL LAVORO PER MATERNITA'**

(ai sensi dell'art. 17, D.Lgs.vo 26/3/2001 n. 151)

La sottoscritta (nome)..... (cognome)

nata a Prov..... il e Residente.....

Prov. Via N..... Domiciliata a Via..... N.....

Tel. Codice Fiscale

documento Identità n.rilasciato il/...../..... da.....

Email o Pec

Dipendente dicon sede legale in via N.....

Comune..... Prov.....cap..con la qualifica di

email o Pec AZIENDA

con contratto di lavoro:

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato fino al(allegare Copia)
- lavoratrice a progetto e/o in partecipazione - (allegare Copia)
- lavoratrice esercente attività libero professionale iscritte alla gestione separata (all. Atto di notorietà)
- disoccupata dal
- Bracciante Agricola (con un minimo di 51 gg lavorate nell'anno precedente)

Trovandosi al..... mese di gravidanza con data presunta del partoCon gravi complicanze della gestazione ovvero preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravati dallo stato di gravidanza;

consapevole della responsabilità penale che si assume in caso di false dichiarazioni (art.76 DPR n. 455/2000);

CHIEDE

Di astenersi anticipatamente dal lavoro a decorrere dalper giorni ai sensi dell'art. 17 comma 2 lett.a) del DLgs 26/03/2001 n. 151 ("testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutele e sostegno della maternità e della paternità a norma dell'art. 15 della legge 08/03/2000 n. 53 e art. 15 DL 5/2012 e Min. Lav. Circ. 2/2012 conv. in Legge n. 35/2012), **come da allegato certificato medico originale***.

..... Li..... **Firma della richiedente**.....

N.B. Dichiaro di essere stata informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs.vo 196/03, econ il gdpr e reg.UE 2016/679 che i dati personali di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto al datore di lavoro ed a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. L'interessata potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs.vo196/03.

Firma della richiedente

* **Note** - Il certificato medico **originale** deve riportare : Le generalità della lavoratrice; La denominazione e la sede dell'azienda pubblica o privata ove l'interessata presta la propria attività lavorativa; Il mese di gestazione alla data della visita medica, la **data ultima mestruazione**, la **data presunta del parto**, il numero dei **giorni di astensione dal lavoro**, la diagnosi .

Documentazione da Allegare :

- 1- Copia documento identità richiedente;
- 2- Delega scritta per la presentazione da parte di terzi della domanda con copia documento di identità del delegato;
- 3- Copia contratto di lavoro o Copia stato di disoccupazione.
- 4- Le lavoratrici associate in partecipazione e attività libero professionale iscritte alla gestione separata (Art. 2, co, 26 della Legge 335/95) dovranno compilare **la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

Indicare la modalità per la consegna del Provvedimento:

Spedizione all'indirizzo di residenza della copia della lavoratrice,(ai sensi dell'art. 18 del D.P.R. n. 1026/76).

Email o Pec

N.B. : IL Provvedimento sarà Spedita all' INPS dalla ASL.

Spazio riservato ALMa ASL AV :

Prot. ALMa N

del

Operatore