



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE  
AVELLINO

**ALL' ASL di Avellino**

U.O.S.D. A.L.Ma. (Astensione dal Lavoro -Maternità-Anticipata per Gravidanza a rischio)

Responsabile : Dr.ssa Maria Pepe

sede: Via degli Imbimbo, 10/12 II° Piano – Tel. e Fax : 0825292006

e-mail: [mpepe@aslavellino.it](mailto:mpepe@aslavellino.it)

**DELEGA**  
**per consegna domanda e/o documenti**  
**allegati per astensione dal lavoro gravidanza a rischio**

La sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a consegnare i seguenti documenti:

- Domanda di astensione dal Lavoro per maternità a rischio debitamente firmata.
- Certificazione Sanitaria **in originale**
- Copia Contratto di lavoro
- Copia attestazione stato di disoccupazione rilasciato dall'INPS.
- Copia documento di identità del delegante
- altro \_\_\_\_\_

li \_\_\_\_\_

Il delegante

*N.B.: allegare fotocopia del documento di identità del delegato*