

DOMANDA DI ASTENSIONE ANTICIPATA DAL LAVORO PER GRAVIDANZA A RISCHIO

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

La Sottoscritta (Nome)..... (Cognome)

nata il a Residente a (Prov.....)

Via N..... Domicilio sanitario a (Prov.....)

Via..... N..... Codice Fiscale

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

Telefono..... Mail OBBLIGATORIA

Dipendente di con la qualifica di

con Sede Legale in via N..... Comune..... Prov.....

Con Contratto di Lavoro:

- ☐ a tempo indeterminato
- ☐ a tempo determinato fino al(allegare Copia)
- ☐ lavoratrice a progetto e /o in partecipazione - (allegare Copia)
- ☐ lavoratrice libero professionista iscritte alla gestione separata.
- ☐ Lavoratrice Autonoma -Artigiana - Commerciante (D.lgs n.105 del 30.06.2022)
- ☐ Coltivatrice diretta, colona,mezzadra e Imprenditrice Agricola (min.51 gg anno precedente) (D.lgs n.105 del 30.06.2022)
- ☐ disoccupata dal (obbligatorio allegare accettazione INPS)

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 e civili che si assume in caso di false dichiarazioni (art. 33,46,47,76 DPR n. 445/2000 ss.mm.ii);**

CHIEDE

Di astenersi anticipatamente dal lavoro a decorrere dalper giorni **come da allegato certificato medico originale*** 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). e succ DLgs n.105 del 30 giugno 2022,

L'istante dichiara altresì di essere stata informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/03, 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.Lgs196/03. L'istante dichiara sotto la propria responsabilità che la documentazione sanitaria allegata alla presente richiesta è conforme all'originale, senza modifica o alterazione alcuna, nei dati o informazioni.

Data **Firma per esteso della richiedente**

*** Note** - Il certificato medico originale deve riportare : Le generalità della lavoratrice, il mese di gestazione alla data della visita medica, la data ultima mestruazione, la data presunta del parto non variabile per successive certificazioni , il numero dei giorni di astensione dal lavoro, la denominazione di Gravidanza a rischio.

Documentazione da Allegare : 1-certificato medico originale
2- Copia documento identità richiedente;
3- Delega scritta per la presentazione da parte di terzi della domanda con copia documento di identità del delegato;
4- Copia contratto di lavoro solo per lavoratrici a tempo determinato - Copia stato di disoccupazione.

N.B. : Resta dovere dell'interessata, a seguito di Provvedimento , produrre Domanda Telematica all' INPS tramite PIN personale o CAF e provvedere alla Consegna dello stesso al proprio Datore di Lavoro.