All'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti
Punto Unico di Accesso

☐ Chieti ☐ Lanciano X Vasto

DOMANDA DI ESTENSIONE DEL CONGEDO DI MATERNITA'
ai sensi dell'art. 17 del D.L.vo n. 151/2001 e del D.M. 12.07.2007

Io sottoscritta _____ nata a _____ il _____/_____/_____ residente a _____ cap _____ via _____
Tel. _____ e-mail _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445\2000, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

IN QUALITA' DI

1) ☐ DIPENDENTE
della Ditta/Ente _____ esercente attività di _____ (settore lavorativo)

con sede in _____ cap _____ via _____ tel.

_____ fax _____ e-mail _____ con qualifica di

_____ e mansioni di _____ presso la sede di _____
in virtù di un contratto di lavoro:

☐ Tempo indeterminato ☐ Tempo determinato fino al _____/_____/_____

☐ Tempo pieno ☐ Tempo parziale a n. _____ ore di lavoro settimanali

☐ Turno notturno si ☐ no ☐

assente dal _____/_____/_____ per malattia/ferie/altro _____

2) ☐ COLLABORATRICE;
3) ☐ ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE;
4) ☐ LIBERA PROFESSIONISTA NON ISCRITTA ALL'ALBO;
(Le lavoratrici di cui ai punti 2), 3) e 4) devono allegare alla domanda dichiarazione di iscrizione alla gestione separata dell'INPS di cui all'art. 2, comma 26, della legge 08.08.1995, n. 335)

TROVANDOMI

al _____ mese di gravidanza (data presunta di parto _____/_____/_____);

CHIEDO L'INTERDIZIONE DAL LAVORO

per complicanze della gestazione (art. 17, c. 2, lett. a) del D.L.vo n. 151/2001)

periodo dal _____/_____/_____ al _____/_____/_____;

ALLEGO:

- FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'
- CERTIFICATO SPECIALISTICO (1)
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (2).

Data _____ Firma _____

Dichiaro di acconsentire, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.vo n. 196/2003, al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza e nella documentazione allegata. Dichiaro altresì di essere a conoscenza che il trattamento degli stessi, anche con strumenti informatici, sarà limitato all'uso consentito dalla legge per i relativi adempimenti.

Data _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO AL PUA DEL DISTRETTO DI VASTO PER RICEVUTA

DOCUMENTAZIONE PRESENTATA IN DATA _____ PROT_____

Firma dell'operatore PUA _____ Firma dell'utente _____

1) in originale, il certificato medico redatto da un medico specialista di una struttura pubblica (ospedale, distretto sanitario, consultorio, ecc.) che deve contenere i seguenti dati: generalità complete della lavoratrice, indicazione del datore di lavoro, mese di gestazione alla data della visita, data presunta del parto, diagnosi e periodo di riposo concesso; carta intestata, firma leggibile e timbro.
2) per le libere professioniste, inoltre, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà circa l'effettiva astensione dall'attività lavorativa durante il periodo di interdizione richiesto.