

DOMANDA DI INTERDIZIONE ANTICIPATA DAL LAVORO

ai sensi dell'art. 17 comma 2 del Decreto Legislativo n. 151 del 26/03/2001 e art. 15 del Decreto Legislativo n. 5 del 09/02/2012

Alla S.C. Medicina Legale ASST di Cremona
Largo Priori, 1
26100 – CREMONA

segreteria.medicinalegale@asst-cremona.it

La sottoscritta _____ nata a _____

il _____ Codice Fiscale _____

residente/domiciliata a _____ Via _____ n. _____
(cancellare la dicitura che non interessa)

tel _____ mail/PEC _____

alle dipendenze di* _____

con sede di lavoro in _____ Via _____ n. _____

PEC: _____

avente qualifica di _____

assunta a tempo indeterminato/determinato fino a _____
(cancellare la dicitura che non interessa)

Trovandosi al _____ mese di gravidanza (data presunta del parto) _____

CHIEDE

l'interdizione anticipata dal lavoro ai sensi dell'art. 17 comma 2, lettera a) del D.Lgs. N. 151 del 26/03/2001 e del D.Lgs. n. 5 del 09/02/2012, come da allegato certificato medico con decorrenza dal _____

Eventuali precedenti istanze relative allo stato di gravidanza in atto

SI

NO

(sbarrare la dicitura che interessa)

L'istante dichiara altresì di essere informato sulle finalità del presente trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30/06/2003.

La presente dichiarazione viene resa ai sensi degli artt. 33, 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000. La sottoscritta dichiara altresì di essere consapevole delle conseguenze civili, penali ed amministrative conseguenti ad una dichiarazione omissiva o in tutto o in parte mendace.

Data _____ Firma _____

NOTE:

*Nel caso in cui la lavoratrice sia alle dipendenze di più datori di lavoro, indicare specificatamente il nome/ragione sociale e indirizzo della sede di lavoro.

**Gravi complicanze della gravidanza o di preesistenti condizioni morbose che si presume possono essere aggravate dallo stato di gravidanza.

Il certificato medico redatto da una Struttura Pubblica e/o convenzionato con il SSN deve riportare: le generalità della lavoratrice, la denominazione e la sede dell'Azienda ove l'interessata presta la propria attività lavorativa, il mese di gestazione, la data della visita medica, la data presunta del parto e la diagnosi e la prognosi (specificare la diagnosi la dicitura generica di gravidanza a rischio non è sufficiente)

ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA: DOCUMENTO D'IDENTITA' E CERTIFICATO MEDICO