

INTERDIZIONE ANTICIPATA DAL LAVORO DELLE LAVORATRICI IN STATO DI GRAVIDANZA

(art. 17 – comma 2 – lettera a) – del Decreto Lgs. 151/2001)

COGNOME _____ NOME _____ MATR. _____

C.F. _____ IN SERVIZIO PRESSO _____

QUALIFICA _____ TEL. _____ TEL.INTERNO _____

DICHIARA DI ESSERE DIPENDENTE CON RAPPORTO DI LAVORO:

TEMPO INDETERMINATO; TEMPO DETERMINATO; TEMPO PIENO; TEMPO PARZIALE

CHIEDE DI POTERSI ASSENTARE DAL SERVIZIO PER COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE,
IN ATTESA DEL PROVVEDIMENTO DELLA **ASL**

PERIODO

GG.

DAL

AL

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

✓ Il certificato del Medico specialista della competente ASL, indicante la prognosi e la data presunta del parto;

✓ La ricevuta dell'istanza presentata in data _____ alla ASL di _____.
Si riserva di consegnare il provvedimento dell'Ispettorato, non appena in possesso, a giustificazione del periodo di assenza.

Data, _____

Firma _____

RISERVATO AL SERVIZIO DI APPARTENENZA

SI PRENDE ATTO DELL'ASSENZA

Visto in data _____

Nulla osta

Non si autorizza

IL COORDINATORE

IL DIRIGENTE/ IL RESPONSABILE
