

## POLICLINICO TOR VERGATA

### ASTENSIONE PER MATERNITA' artt. 16 e 20 D.Lgs. n. 151/2001 – art. 32 co. 4 e 5 A.C.N. 17.12.2015

#### DATI ANAGRAFICI DELLA RICHIEDENTE

COGNOME			NOME		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
*MATR./ BADGE	DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA	PROV.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
INDIRIZZO	N.	C.A.P.	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	TELEFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
STRUTTURA / DISCIPLINA	IN QUALITA' DI			A TEMPO INDETER.	*A TEMPO DETER.
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<input type="text"/>	<input type="text"/>

- COMUNICA DI ASSENTARSI DAL SERVIZIO PER GRAVIDANZA / PUERPERIO (ASTENSIONE OBBLIGATORIA EX ART.16 D.LGS.151/01 e s.m.i.) A DECORRERE DAL \_\_\_\_\_ (INIZIO OTTAVO MESE DI GRAVIDANZA)
- CHIEDE DI ESSERE COLLOCATA IN CONGEDO DI MATERNITA' EX ART. 20 D.LGS. 151/01 e s.m.i. A DECORRERE DAL \_\_\_\_\_ (INIZIO NONO MESE DI GRAVIDANZA) Allega a tal fine la certificazione medica dello specialista del S.S.N. - acquisita nel corso del 7° mese di gravidanza - con l'attestazione che tale opzione non arreca pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro.

Data, \_\_/\_\_/20\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### RISERVATO ALLA STRUTTURA / DISCIPLINA DI APPARTENENZA

##### SI PRENDE ATTO

Visto in data \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE / DIRIGENTE / RESPONSABILE <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento / UOC / UOSD / UOS / Programma

**DIPARTIMENTO ACQUISIZIONE, GESTIONE RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI**  
Settore: Gestione Personale Medico/Sanitario Convenzionato

**POLICLINICO TOR VERGATA**

**ASTENSIONE FACOLTATIVA PER MATERNITA'**  
**Art. 32 co. 4 e 5 - A.C.N. 17.12.2015**

**A DATI ANAGRAFICI DEL/DELLA RICHIEDENTE**

COGNOME		NOME		MATR./ BADGE N.	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
M/F	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	CITTADINANZA	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
N.		C.A.P.	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	TELEFONO
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
STRUTTURA / DISCIPLINA		IN QUALITA' DI		A TEMPO DETER.	A TEMPO INDETER.
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SOST	<input type="checkbox"/>

**CHIEDE:**

di fruire dell'assenza per gravidanza o puerperio per il restante periodo facoltativo, successivo a quello di astensione obbligatoria per il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

(allegare certificato di nascita)

**PERIODO**

Dal \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ (fine astensione obbligatoria) al \_\_\_/\_\_\_/200\_\_\_ ( max 6 mesi dalla sospensione prestazioni)

Data, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALLA STRUTTURA / DISCIPLINA DI APPARTENENZA**

**SI PRENDE ATTO**

Visto in data \_\_\_\_\_

**IL DIRETTORE / DIRIGENTE / RESPONSABILE <sup>1</sup>**

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Dipartimento / UOC / UOSD / UOS / Programma