



ASL Brindisi

PugliaSalute

Dipartimento di Prevenzione

Piazza A. Di Summa - BRINDISI

Tel.: 0831-510231/510324

Email: tutelalavoratricimadri@asl.brindisi.it



1^a Istanza



Continuazione

DOMANDA DI ASTENSIONE ANTICIPATA DAL LAVORO

ai sensi dell'art. 17 - co.II - lett. A) del D.Lgs.26/03/01 n. 151 e s.m.i.

La sottoscritta nata a
il residente a..... prov. CAP
in via/piazza n.
ed attualmente domiciliata a prov. CAP
in via/piazza n.
codice fiscale.....
tel., email/PEC@.....

Attualmente:

assente dal _____ al _____

* ***(Ditta n.1)*** Dipendente della ditta
avente sede aprov. CAP
in via n. email/PEC
con le mansioni di

In servizio: *(apporre la crocetta sulle righe interessate)*

- con contratto a tempo indeterminato dal
- con contratto a tempo determinato dal al
- in godimento indennità di mobilità o in CIG dal al
- con rapporto di lavoro con la ditta
cessato in data e/o in godimento di DS dal al
- iscritta alla gestione separata di cui all'art. 2 comma 26 della legge 335/95;
- bracciante agricola a tempo determinato iscritta negli elenchi anagrafici di cui alla l.83/70 e succ.
modifiche nell'anno precedente per almeno n.51 gg. (allegare documentazione)

* ***(Ditta n.2)*** Dipendente della ditta
avente sede aprov. CAP
in via n. email/PEC
con le mansioni di

(Ditta n.2) In servizio: (apporre la crocetta sulle righe interessate)

- con contratto a tempo indeterminato dal
- con contratto a tempo determinato dal al
- in godimento indennità di mobilità o in CIG dal al
- con rapporto di lavoro con la ditta
cessato in data e/o in godimento di DS dal al

Consapevole delle conseguenze penali ed amministrative (revoca del beneficio) derivanti da dichiarazioni mendaci rese davanti a pubblico ufficiale così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

CHIEDE

l'astensione anticipata dal lavoro. A tal fine si allega:

1. originale del certificato medico di gravidanza redatto dal dott., nel quale è specificatamente indicata, ai sensi D. Lgs. 151/2001, la sussistenza di gravi complicanze della gravidanza o di persistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza, nonché la data presunta del parto ed il periodo di astensione dal lavoro.
2. fotocopia firmata del documento di riconoscimento.

Si comunica che il domicilio presso il quale desidera che venga effettuata l'eventuale visita medica di controllo è il seguente: Via n°..... Città e che il nominativo segnato sul citofono/campanello di casa è il seguente.....

Delega alla presentazione dell'istanza il Sig. di cui si allega fotocopia del documento di riconoscimento firmato dal delegato.

La sottoscritta dichiara di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 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 a soggetti pubblici per eventuale seguito di competenza. L'interessata potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

Luogo e Data

Firma della lavoratrice
