Al Dirigente Responsabile U.O.S. ASL TA

 TARANTO – GROTTAGLIE – MANDURIA

La sottoscritta nata a

il residente a prov. CAP

in via/piazza n. Tel.

e-mail ……………………………………………………….. dipendente della ditta

con le mansioni di

avente sede a prov. CAP

in via/piazza n.
Attualmente

*(apporre la crocetta sulla riga interessata)*

* in servizio
* assente dal (………………………………………) per malattia/ferie/altro (specificare)
* con contratto a tempo indeterminato dal
* con contratto a tempo determinato dal al
* in godimento indennità di mobilita o in CIG dal al
* in rapporto di lavoro suddetto è cessato in data e/o in godimento di DS dal……………… al
* 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.

Consapevole delle conseguenze penali ed amministrative (revoca del beneficio) derivanti da dichiarazioni

mendaci rese davanti a pubblico ufficiale cosi come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

CHIEDE

l'astensione anticipata dal lavoro per il periodo dal al

* Astensione obbligatoria

**A tal fine allega:**

- originale del certificato medico di gravidanza nel quale è specificamente indicata la "sussistenza delle condizioni previste dall'art. 17 - comma II lett. A) del D.Lgs. 151/2001".

- fotocopia del documento di riconoscimento e tessera sanitaria

- copia del contratto di lavoro e copia dell'ultima busta paga.

Delega alla presentazione dell'istanza il Sig.

di cui allego fotocopia del documento di riconoscimento.

*La sottoscritta dichiara di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.L.vo 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 Dr vo n 196/2003.*

Luogo e Data………………………………………………….. Firma della Lavoratrice