

La sottoscritta \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_

residente/domiciliata a \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Alle dipendenze della ditta \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

indirizzo PEC (posta Certificata) \_\_\_\_\_

con Sede Legale in \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

con Sede de Lavoro in \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

settore di appartenenza:

agricoltura  industria  commercio  credito/assicurazione  altro \_\_\_\_\_

con qualifica di \_\_\_\_\_ assunta a tempo:  indeterminato  determinato fino a \_\_\_\_\_  part-time  tempo pieno

Trovandosi al \_\_\_\_\_ mese di gravidanza – **data presunta del parto** \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**L'interdizione anticipata del lavoro ai sensi dell'art. 17, comma 2, lett. A) del D.Lgs. 151/01 (astensione dal lavoro per complicità della gestazione)**

#### Allega i seguenti documenti

- **Certificato di gravidanza rilasciato in data** \_\_\_\_\_ da:

- ginecologo operante per conto della struttura pubblica  
 ginecologo privato (o prestazioni a pagamento in struttura pubblica)

- Fotocopia di documento di riconoscimento;

- Fotocopia del codice fiscale;

- se il datore di lavoro non dispone di indirizzo PEC (posta certificata) - n. 1 busta affrancata per la trasmissione del provvedimento al datore di lavoro (n. 2 se sede legale e sede di lavoro non coincidono);

*N.B.: Il certificato medico deve riportare le generalità della lavoratrice, il mese di gestazione alla data della visita medica, la data presunta del parto e, nel caso di complicità della gestazione, l'esatto periodo di astensione consigliato dal medico specialista.*

Indicare la modalità scelta per la consegna del provvedimento all'interessata:

- spedizione al domicilio della sottoscritta (allegare n. 1 busta preaffrancata);  
 ritiro, personalmente o con delega, dopo 7 giorni dalla presentazione della domanda presso l'Ufficio n. 17, primo piano del Dipartimento di Sanità Pubblica a Ferrara in Via F. Beretta, 7;  
 **spedizione a mezzo e-mail** o PEC;

**Dichiara di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali di cui alla presente istanza sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento per il quale la presente domanda viene prodotta. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. L'interessata potrà esercitare il diritto di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. La presente dichiarazione viene resa ai sensi degli artt. 33, 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.**

**La sottoscritta dichiara inoltre di essere consapevole delle conseguenze civili, penali ed amministrative conseguenti ad una dichiarazione omissiva in tutto o in parte mendace.**

FIRMA

Data \_\_\_\_\_