



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

U.O.S. di MEDICINA LEGALE E FISCALE

Distretto n. _____ di _____

DOMANDA DI CONGEDO DI MATERNITA' ANTICIPATA PER COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE (art. 17 lett. a D.Lgs. 151/2001 art. 15 D.L. 5/2012)

prima istanza istanza di prosecuzione

Al Responsabile dell'U.O.S.
Di Medicina Legale Distretto n. _____

e, p.c. Alla Ditta _____

Via _____

Città _____

Io sottoscritta _____ nata a _____

il _____ residente in _____

_____ tel. _____ e-mail _____

DIPENDENTE della ditta _____ con sede in _____

Via _____ CAP _____ Tel. _____

Con contratto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato dal _____ al _____

Con la qualifica di _____ ultimo giorno lavorativo _____

COLLABORATRICE

LIBERA PROFESSIONISTA

Trovandomi al _____ mese di gravidanza (data presunta parto (____/____/____)) come da
certificato medico

CHIEDO L'INTERDIZIONE DAL LAVORO

per complicanze della gestazione (art. 17 , c.2, lett.a) del D.Lgs. n. 151/01)

per preesistenti forme morbose , che si presume possano essere aggravate dalla gravidanza

periodo dal _____ al _____

-rivolgersi ad un ginecologo (in caso di ginecologo privato seguirà una visita di controllo)

-allegare il certificato del medico ginecologo attestante le gravi complicanze della gestazione o le pregresse patologie che si ritiene possano essere aggravate dallo stato di gravidanza

Si richiede visita ambulatoriale domiciliare

non è richiesta visita in quanto il certificato medico è rilasciato da struttura pubblica.

La scrivente delega il Sig. _____, alla presentazione della suddetta istanza ed al ritiro della relativa certificazione, declinando ogni responsabilità a codesto ufficio.

Si allega:

- fotocopia documento di riconoscimento dell'interessata;
- fotocopia contratto di lavoro (in caso di lavoro a tempo determinato)
- certificazione medica rilasciata dallo specialista ginecologo in originale
- fotocopia documento di riconoscimento del delegato
- contratto Co.Co.Pro.

Allego certificato di gravidanza rilasciato il _____

Sono consapevole della responsabilità penale che mi assumo in caso di false dichiarazioni e dichiaro di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L.vo 196/03, 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 l'eventuale seguito di competenza. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.L.vo 196/03.

Data _____

Firma della lavoratrice



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

U.O.S. di MEDICINA LEGALE E FISCALE

Distretto n. _____ di _____

**Richiesta interdizione anticipata dal lavoro
con domicilio per visita medico-fiscale.**

La sottoscritta _____
nata _____ il ____/____/____, residente in _____
Via _____ n. _____ CAP _____ Tel _____
in servizio presso _____ Via _____ n. _____
Località _____ CAP _____ con la qualifica di _____
con contratto di lavoro a tempo indeterminato /determinato dal _____ al _____

CHIEDE

L'interdizione dal lavoro ai sensi dell'art. 17, 2° comma lett. a) del Decreto Legislativo 26/03/2001, n. 151 a partire dal _____ per complessivi giorni _____.

La sottoscritta comunica il domicilio presso il quale desidera venga effettuata l'eventuale visita medico-fiscale : Via _____ località _____, e che il nominativo segnato sul campanello di casa è il seguente: _____

Ai fini di cui trattasi allega alla presente certificato medico , redatto dal Dott. _____ in data _____, indicante anche diagnosi, prognosi e data presunta del parto.

Informa, infine, che l'USL di appartenenza è la N. _____ di _____.

Palermo _____

Firma _____



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

U.O.S. di MEDICINA LEGALE E FISCALE

Distretto n. _____ di _____

Richiesta interdizione anticipata dal lavoro Lavoratrici Gestione Separata.

La sottoscritta _____
nata _____ il ____/____/____, residente in _____
Via _____ n. _____ CAP _____ Tel _____
in servizio presso _____ Via _____ n. _____
Dichiara di essere iscritta alla gestione separata tenuta al versamento di cui all'art. 59, legge n. 449/1997, in quanto

-Collaboratrice a progetto - Associata in partecipazione - Libera professionista

Dichiara che negli ultimi 12 mesi risulta destinataria di almeno 3 mesi di contribuzione dovuta alla gestione separata, maggiorata delle aliquote di cui all'art. 7 del decreto 12/07/2007 del Ministero del lavoro Previdenza Sociale

Dichiara ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà), di astenersi dall'attività lavorativa per tutto il periodo autorizzato da questa U.O.S. di Medicina Legale.

CHIEDE

L'interdizione dal lavoro ai sensi dell'art. 17, 2° comma lett. a) del Decreto Legislativo 26/03/2001, n. 151 a partire dal _____ per complessivi giorni _____.

La sottoscritta comunica il domicilio presso il quale desidera venga effettuata l'eventuale visita medico-fiscale: Via _____ località _____, e che il nominativo segnato sul campanello di casa è il seguente: _____

Ai fini di cui trattasi allega alla presente certificato medico, redatto dal Dott. _____ in data _____, indicante anche diagnosi, prognosi e data presunta del parto.

Informa, infine, che il Distretto dell'ASP di appartenenza è il N. _____ di _____.

Palermo _____

Firma _____

All'U.O.S. di Medicina Legale e Fiscale
Distretto n. _____ di _____

Comunicazione Aborto.

La sottoscritta _____ nata a _____
il ____ / ____ / ____, residente in _____ Via _____
n. _____ CAP _____, avendo presentato domanda di interdizione dal
lavoro dal _____ al _____, ed allegando alla stessa,
certificato medico, rilasciato dal _____, chiede l'interruzione del
suddetto periodo per avvenuto aborto in data _____.

Con osservanza
