

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



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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_