



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24
90141 PALERMO

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

Dipartimento Cure Primarie

UOC MEDICINA LEGALE E FISCALE

Alla Medicina Legale

Distretto Sanitario n. _____ di _____

PTA _____

OGGETTO: **ISTANZA DI INTERDIZIONE DAL LAVORO PER GRAVIDANZA A RISCHIO**

art. 17, comma 2, lett. a) D. Lgs 151/2001 e s.m.i.

PRIMA ISTANZA

ISTANZA DI PROSECUZIONE

(SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO)

La sottoscritta _____

nata a _____ (prov.) _____ il ___ / ___ / ___

domiciliata/residente a _____ (prov.) _____

codice fiscale _____

in via _____ n. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

recapito telefonico n _____

mail/pec _____

Consapevole della responsabilità penale che si assume in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi (art. 76 DPR n. 445/2000), dichiara di essere:

DIPENDENTE presso _____

con sede legale in _____

via _____ n. _____

avente qualifica di _____

assunta a tempo indeterminato/determinato (cancellare la dicitura che non interessa) fino a _____

LIBERO PROFESSIONISTA

ALTRO _____

CHIEDE L'INTERDIZIONE DAL LAVORO PER GRAVIDANZA A RISCHIO

Nel periodo dal _____ al _____ come da indicazione dello specialista in ginecologia.

ALLEGA alla presente richiesta:

- copia del documento di identità dell'interessata e, in caso di delega, ANCHE copia del documento di identità del soggetto delegato;
- copia della tessera sanitaria dell'interessata;
- certificato medico in originale rilasciato da uno specialista in ginecologia attestante le generalità della lavoratrice, la data attuale di gestazione, la data presunta del parto, il termine della prognosi, la diagnosi attestante le gravi complicanze della gestazione e/o pregresse patologie che si ritiene possano essere aggravate dallo stato di gravidanza.

acconsente al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 e Regolamento GDPR 2016/679 di cui all'informativa al seguente link: https://www.asppalermo.org/Archivio/regolamenti/Privacy/2022/ASP-PA_Informativa%20Generale%20ASP%20PALERMO.pdf

Luogo e data _____

Firma dell'interessata/delegato

ISTANZA DI INTERDIZIONE DAL LAVORO PER GRAVIDANZA A RISCHIO
art. 17, comma 2, lett. a) D. Lgs 151/2001 e s.m.i.

DELEGA

da compilare soltanto in caso di delega alla presentazione dell'istanza di interdizione dal lavoro per gravidanza a rischio art. 17, comma 2, lett. a) D. Lgs 151/2001 e s.m.i.

dati anagrafici del soggetto da delegare

sig.ra/sig. _____

nata/o a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____

in via _____ n. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

Firma dell'interessata
