

Al Direttore UOC/UOSD Medicina Legale

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____
documento di riconoscimento _____ codice fiscale _____
domiciliata a _____ prov. _____ in via _____
cap _____ telefono _____ e-mail _____
dipendente della ditta _____
codice fiscale ditta / partita IVA _____ email ditta _____
presso l'unità produttiva sita in _____ prov. _____ via _____
settore lavorativo (1) _____
qualifica (2) _____ mansione(3) _____
tipo del rapporto di lavoro (4) _____ durata contratto(4) _____
data assunzione _____ ultimo giorno lavorato _____

Premesso
che attualmente è in stato di gravidanza ed

è affetta da gravi complicanze della gestazione, ovvero da preesistenti forme morbose che, si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza (ipotesi prevista dal D. Lgs. 151/2001, art.17, comma 2, lett. a) e ss.mm.ii.

chiede

di poter usufruire dei benefici previsti dal D. L.vo n.151/2001, art.17, comma 2, di cui alla lettera a e ss.mm.ii. con decorrenza dal _____

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. certificato medico rilasciato da _____

Data _____

(firma) _____

(1) settore lavorativo: industria, artigianato, commercio, ecc.

(2) qualifica: impiegata, operaia, ecc.

(3) mansione: descrivere l'attività lavorativa svolta (es. cassiera, addetta al taglio, autista, ecc.)

(4) rapporto di lavoro: a tempo indeterminato, a tempo determinato (mesi), a tempo parziale, a domicilio,

ecc.