

	SERVIZIO SANITARIO REGIONALE REGIONE PUGLIA AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA
--	---

Al **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL FG** - Uff. Astensione anticipata dal lavoro –
 Piazza Pavoncelli n° 11 - 71121- FOGGIA

Al Datore di lavoro _____

Indirizzo _____ CITTA' _____

OGGETTO: Richiesta astensione anticipata dal lavoro ex art. 17 c. 2 a) D. L.gs. n. 151/2001.

La sottoscritta _____ nata il _____

a _____ e residente in _____ (_____)

alla via _____ n. _____ Tel. _____

e domiciliata in _____ alla via _____ n. _____

dipendente del _____ presso la sede di _____

con la **qualifica** di _____ consapevole delle sanzioni

penali ed amministrative (revoca del beneficio) derivanti da dichiarazioni mendaci rese davanti a pubblico ufficiale ex art.76 del DPR n.445/2000

CHIEDE

l'astensione anticipata dal lavoro **dal** _____ **fino al** _____, in quanto affetta da gravi complicanze della gestazione ovvero da preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza.

A tal fine allega:

- **ORIGINALE del CERTIFICATO MEDICO** nel quale è specificatamente indicata la sussistenza delle condizioni previste dall'art. 17 -c.2 lett. a) del D. L.gs. 151/2001 e la data presunta del parto;
- **DOCUMENTO D'IDENTITÀ'** valido (non scaduto ed idoneo) in copia.

Delega alla presentazione della istanza il sig. _____

n. _____ a _____ di cui allego fotocopia del documento di riconoscimento.

La sottoscritta dichiara di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. L.gs. 196/2003, che i dati personali contenuti nella 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'interessata potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D. L.gs. 196/2003.

Luogo e data, _____

 (firma della istante)