

Spett. ASL AL-S. O .C. Medicina legale  
Via Pacinotti 38 -15121 ALESSANDRIA

e.p.c.

Alla Ditta/Ente \_\_\_\_\_

**ISTANZA DI ASTENSIONE ANTICIPATA DI MATERNITA'**  
**(art. 17 lett. a) del D.Lgs. n. 151 del 26.03.2001)**

La sottoscritta \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_) il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
occupata presso la Ditta/Ente \_\_\_\_\_  
con sede di lavoro in \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
con orario  a tempo pieno  a tempo parziale;  
e durata  indeterminata  determinata periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 lavoratrice a progetto o assimilata, iscritta alla gestione separata INPS;  
 associata in partecipazione;  
 libera professionista iscritta alla gestione separata INPS  
 altro (mobilità, cassa integrazione). Specificare \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire dell'astensione dal lavoro  per \_\_\_\_\_ giorni /mesi (oppure )fino al \_\_\_\_\_ per  
**GRAVIDANZA A RISCHIO** dovuta a gravi complicanze della gestazione\*,  
consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R 445/2000 art. 76 in caso di falsita' di  
dichiarazione resa a pubblico ufficiale;

**DICHIARA INOLTRE:**

- di non aver fruito di altri periodi per l'astensione al lavoro;
- di aver già fruito di altri periodi di astensione (nel qual caso produrre la documentazione relativa a provvedimenti già autorizzati);

Dichiara di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196, che i dati personali, di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente per Legge ai fini del procedimento in oggetto .Gli stessi, trattati anche con supporti informatici, non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati solo a soggetti pubblici per l'eventuale iter di competenza. L' interessata potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs già richiamato.

\_\_\_\_\_  
Data e luogo

\_\_\_\_\_  
Firma della lavoratrice

\*allegare **CERTIFICATO MEDICO IN ORIGINALE** ai sensi del D.Lgs. 151/2001 art. 17 lett. a), dal quale si evincano le gravi complicanze della gestazione e/o le pregresse patologie, che si ritiene possano essere aggravate dallo stato di gravidanza, rilasciato da un **GINECOLOGO DI STRUTTURA PUBBLICA** (ospedale-consultorio-specialista convenzionato) **O ACCREDITATA**.  
**N.B: SE INVECE E' PRIVATO** rivolgersi successivamente **alla Struttura di Medicina Legale dell'ASL di residenza** competente per il relativo controllo in ottemperanza alle vigenti normative regionali.

