

ISTANZA DI CONGEDO DI MATERNITA' ANTICIPATA PER COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE

La sottoscritta _____
nata a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / ____
C.F. _____
residente in _____ Via _____ n. _____
Tel. _____ e-mail – PEC _____
Domicilio attuale (se diverso dalla Residenza) _____
Dipendente dell'Azienda _____
con sede a _____ in Via _____
n. tel. _____ e-mail _____, e
con sede operativa a _____, in
Via _____ n. tel. _____,
con la qualifica di _____ e mansione di (dettagliare)

con contratto di lavoro a tempo indeterminato (o determinato con scadenza il _____)

CHIEDE

di essere collocata in astensione anticipata di maternità ai sensi dell'art. 17, lettera a) del D.Lgs. n. 151-26/03/2001 per gravi complicanze della gestazione o pre-esistenti forme morbose come attestato dalla certificazione del medico specialista che allega alla presente istanza e di ricevere le comunicazioni inerenti alla presente istanza ai seguenti contatti:

Posta elettronica ordinaria _____ @ _____

Posta elettronica certificata (PEC) _____ @ _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

che l'epoca del parto è prevista per il ____ / ____ / _____

Data _____ firma (per esteso) _____

Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Dichiara in ultimo di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e di essere informato/a che il conferimento dei dati personali è obbligatorio in base alla legge, regolamento, normativa nazionale o comunitaria che disciplina la prestazione e gli adempimenti connessi ed è indispensabile per l'istruzione, la gestione e la definizione della pratica o del procedimento da lei richiesto. Potrà reperire ulteriori informazioni sul trattamento dei dati sul sito istituzionale dell'ASL CN1.

Data _____ firma (per esteso) _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Al fine di ottenere l'astensione anticipata dal lavoro per gravi complicanze della gestazione e/o preesistenti forme morbose

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La diretta interessata

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA

- *Certificazione medica, in originale, redatta da un medico specialista in Ostetricia e Ginecologia da cui risultino gravi complicanze della gestazione e/o preesistenti forme morbose che possono essere aggravate dalla gravidanza, dalla certificazione deve altresì risultare la data presunta del parto.*
- *Ulteriore documentazione sanitaria attinente alle condizioni di cui sopra.*
- *Fotocopia documento d'identità valido.*

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo dovrà essere compilato e firmato dall'interessata e:

- a) *inviato esclusivamente da PEC personale al seguente indirizzo:*
protocollo@aslc1.legalmailPA.it

oppure

- b) *consegnato all'Ufficio delle sedi di S.C. Medicina Legale territorialmente competenti:*

Sede Centrale di CUNEO – C.so Francia 10
Tel. 0171-450.471 – dal lunedì al venerdì orario 8,00 – 17,00

Sede Periferica di MONDOVI' – Ospedale di Mondovì Via San Rocchetto, 99 piano terra
Tel. 0174-676.385 – il mercoledì orario 9,00 – 12,00

Sede Periferica di SAVIGLIANO – Via Torino 137
Tel. 0172-719.608 – il mercoledì e il giovedì orario 9,00 – 12,00

MODALITÀ DI RISPOSTA E TERMINI DI RISPOSTA

Entro 7 giorni dalla presentazione della richiesta il Provvedimento verrà ritirato agli Sportelli oppure spedito via PEC o mail indicata dall'interessata.

Trattasi di un modulo collegato ad un Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslc1.it