

La sottoscritta _____ (cognome) _____ (nome)
nata a _____ il ____/____/____
residente a _____ (prov.____) cap. _____ via _____ n. _____
con domicilio sanitario nell'ambito territoriale dell'Azienda USL Toscana centro (se residente fuori Regione Toscana):
comune _____ (prov.____) cap. _____ via _____ n. _____
tel. _____ e.mail _____
codice fiscale _____
dipendente della ditta _____
esercente l'attività di _____
presso l'unità operativa nel comune di _____ (prov. _____)
Via/P.zza _____ n. _____
e-mail _____ settore lavorativo¹ _____
qualifica² _____ mansioni³ _____
 tempo indeterminato tempo determinato fino al ____/____/____
 tempo pieno tempo parziale n. _____ ore settimanali e n.ore giornaliere _____
 disoccupata dal _____ in godimento dell'indennità di disoccupazione dal _____ al _____
 in godimento del trattamento di integrazione salariale
a carico della Cassa integrazione guadagni dal _____ al _____
 in godimento dell'indennità di mobilità
di cui all'art. 7 della legge 23 luglio 1991, n.223 dal _____ al _____

PREMESSO CHE

è alla _____° settimana di gravidanza (data presunta del parto): ____/____/____
(gg) (mm) (aa)

CHIEDE L'INTERDIZIONE DAL LAVORO

(art.17,c.2,lett.a del D.L.vo n.151/01 e art.15 del D.L. n.5/2012)

per gravi complicanze della gestazione dal ____/____/____

A tal fine allega:

1. CERTIFICATO MEDICO GINECOLOGICO in cui devono essere riportate le generalità della lavoratrice, la tipologia di lavoro, lo stato di gravidanza, il mese di gestazione alla data della visita, la data presunta del parto, le gravi complicanze della gestazione o le preesistenti forme morbose che si presume possono essere aggravate dallo stato di gravidanza, la prognosi. Per il rilascio del certificato che attesta la gravidanza a rischio, l'interessata può rivolgersi a un ginecologo del Servizio Sanitario Regionale (ad esempio il ginecologo del Consultorio familiare o di altra struttura pubblica) o a un ginecologo libero professionista. Se il certificato di gravidanza a rischio è rilasciato da un ginecologo libero professionista, deve essere convalidato da uno specialista pubblico..

Fa presente che dall'inizio della gravidanza ha già fruito di analoghe autorizzazioni:

- dal ____/____/____ al ____/____/____
 è stata assente per malattia dal ____/____/____ al ____/____/____

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy-usltoscanacentro>
o scansionando il QR code a margine.



Data _____ Firma della lavoratrice _____

N.B. Sarà cura della lavoratrice trasmettere copia della determina al datore di lavoro. In caso di consegna e/o ritiro a mano del provvedimento ad opera di persona diversa dal richiedente, il soggetto delegato dovrà essere munito di delega e della fotocopia del documento di identità proprio e del delegante.

¹ Settore lavorativo: industria, commercio, artigianato etc.

² Qualifica: operaia, impiegata, etc.

³ Mansione: attività lavorativa svolta (es .addetta al taglio, cassiera etc.)