

Allegato 1

**SPETT:
DIREZIONE PROVINCIALE DEL LAVORO**

La sottoscritta _____ nata a _____
il ____/____/____ residente in _____ C.A.P. _____
via _____ Tel. ____/_____
U.S.L. _____
Addetta a _____ nel
reparto _____ presso la Ditta _____
esercente _____ con sede in _____
via _____ Tel. ____/_____

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti dell'art. 17 del D. Lgs. 151/01, sulla tutela delle lavoratrici madri, di essere autorizzata ad assentarsi dal lavoro, prima della data del periodo di interdizione obbligatoria dal lavoro pre-parto, per uno dei seguenti motivi:

- ☐ Art. 17 comma 2 lett. A): gravi complicanze della gestazione o di preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza di cui all'allegata certificazione sanitaria, rilasciata in data ____/____/____ per il periodo dal ____/____/____ al ____/____/____ ;
- ☐ Art. 17 comma 2 lett. B): condizioni di lavoro o ambientali pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino Dal ____/____/____ al ____/____/____ ;

Specificare dettagliatamente i lavori faticosi ed insalubri a cui è adibita la lavoratrice:

La sottoscritta dichiara di essere al _____ mese di gravidanza con data presumibile del parto il _____.

_____, li ____/____/_____

Firma dell'interessata

Allega la seguente documentazione:

n. _____ certificato medico.

Mitt:

Spett.le
AZIENDA USL
SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA
DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

E p.c. alla Sig.ra

OGGETTO: Allontanamento da mansione a rischio ai sensi del D.Lgs. 151/2001 sulla tutela delle lavoratrici madri.

Con riferimento alla richiesta di spostamento relativa alla Sig.ra _____
dipendente di codesta Ditta con mansione di _____
si comunica quanto segue:

☐ Non è possibile reperire una mansione adeguata per tutto il periodo della **gravidanza** per i seguenti motivi: _____

☐ Non è possibile reperire una mansione adeguata per tutto il periodo della **gravidanza e fino a 7 mesi dopo il parto** per i seguenti motivi: _____

☐ Non è possibile reperire una mansione adeguata dal termine del periodo di astensione obbligatoria **post-parto fino a 7 mesi dopo il parto** per i seguenti motivi: _____

☐ La lavoratrice verrà **adibita immediatamente alla seguente mansione:** _____

Data _____

Timbro e Firma

Mitt:

Spett:
ISPETTORATO DEL LAVORO

e p.c.
AZIENDA USL
SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA
DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Oggetto: Decreto 26 marzo 2001 n. 151 art. 12 comma 2

Con la presente si comunica che la lavoratrice, Sig.ra _____ nata il _____
residente in _____ Via _____ Tel. _____
dipendente di questa azienda con contratto a tempo indeterminato/a termine con
scadenza il _____ si trova:

- ☐ in stato di gravidanza con data presunta del parto _____;
- ☐ In stato di allattamento con data del parto _____;

La lavoratrice svolge la mansione di _____ comportante i seguenti rischi

e non può essere adibita a mansioni diverse da quelle svolte o che non abbiano caratteristiche vietate.

Si richiede pertanto il rilascio del provvedimento di interdizione dal lavoro a partire dal _____, data di allontanamento della lavoratrice, sino al periodo di astensione obbligatoria/sino a 7 mesi dopo il parto.

Si allega il certificato ginecologico presentato dalla lavoratrice

Timbro e firma dell'Azienda