



# All'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti

Punto Unico di Accesso

Chieti     Lanciano     Vasto



## DOMANDA DI ESTENSIONE DEL CONGEDO DI MATERNITA' ai sensi dell'art. 17 del D.L.vo n. 151/2001 e del D.M. 12.07.2007

Io sottoscritta \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ domiciliata a \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445\2000, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara che

**ATTUALMENTE:**

1)  **DIPENDENTE:**

della Ditta/Ente \_\_\_\_\_ esercente attività di \_\_\_\_\_  
(settore lavorativo) con sede in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ con qualifica di \_\_\_\_\_  
e mansioni di \_\_\_\_\_ presso la sede di \_\_\_\_\_ in virtù di un contratto di lavoro:

- Tempo indeterminato                       Tempo determinato fino al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Tempo pieno                                       Tempo parziale a n. \_\_\_\_\_ ore di lavoro settimanali
- Turno notturno                      sì  no

assente dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per malattia/ferie/altro \_\_\_\_\_

2)  **COLLABORATRICE:**

3)  **ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE:**

4)  **LIBERA PROFESSIONISTA NON ISCRITTA ALL'ALBO:**

(Le lavoratrici di cui ai punti 2), 3) e 4) devono allegare alla domanda dichiarazione di iscrizione alla gestione separata dell'INPS di cui all'art. 2, comma 26, della legge 08.08.1995, n. 335)

**TROVANDOMI:**

Al \_\_\_\_\_ mese di gravidanza (data presunta di parto \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_);

**CHIEDO L'INTERDIZIONE DAL LAVORO:**

per complicanze della gestazione (art. 17, c. 2, lett. a) del D.L.vo n. 151/2001)  
(periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_);

**SI ALLEGA:**

- FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'
- CERTIFICATO SPECIALISTICO (1)
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (2).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dichiaro di acconsentire, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.vo n. 196/2003, al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza e nella documentazione allegata. Dichiaro altresì di essere a conoscenza che il trattamento degli stessi, anche con strumenti informatici, sarà limitato all'uso consentito dalla legge per i relativi adempimenti.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

<b>SPAZIO RISERVATO AL PUA DEL DISTRETTO DI VASTO</b>	
<b>PER RICEVUTA</b>	
DOCUMENTAZIONE PRESENTATA IN DATA _____	PROT _____
Firma dell'operatore PUA _____	Firma dell'utente _____

1) in originale, il certificato medico redatto da un medico specialista di una struttura pubblica (ospedale, distretto sanitario, consultorio, ecc.) che deve contenere i seguenti dati: generalità complete della lavoratrice, indicazione del datore di lavoro, mese di gestazione alla data della visita, data presunta del parto, diagnosi e periodo di riposo concesso; carta intestata, firma leggibile e timbro.

2) per le libere professioniste, inoltre, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà circa l'effettiva astensione dall'attività lavorativa durante il periodo di interdizione richiesto.