

[ds34.uoml@aslnapoli3sud.it](mailto:ds34.uoml@aslnapoli3sud.it)  
[ds34.visitefiscali.@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:ds34.visitefiscali.@pec.aslnapoli3sud.it)  
 Tel. 081 5509407-33-35-42

UOS CURE PRIMARIE  
 - Settore Medicina Legale

Prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ISTANZA DI ESTENSIONE DEL CONGEDO DI MATERNITA' PER GRAVIDANZA A RISCHIO**  
 Oggetto: art. 17 del D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 comma 2 lettera a) – D.Lgs. N°5/2012 Art. 15

La sottoscritta:												
Documento di identità:												
CF												
Nata a						il						
Residente:												
Domicilio:												
Denominazione della ditta:												
Indirizzo della sede di lavoro e PEC:												
Comune:												
Via:				n.				CAP				
Telefono:												
<input type="checkbox"/> tempo indeterminato <input type="checkbox"/> tempo determinato in corso fino al												
<input type="checkbox"/> tempo parziale (specificare se vi sono due o più prestazioni di lavoro e/o con più datori di lavoro)												
Lavoratrice autonoma iscritta nella				qualifica				mansione				
<b>CHIEDE</b>												
L'interdizione dal lavoro						data presunta del parto						
Per gravidanza a rischio e allega certificato rilasciato da												
<input type="checkbox"/> Ginecologo ASL				<input type="checkbox"/> Ginecologo privato								
Dal						Al						

L'accertamento medico avverrà con:  Visita ambulatoriale  Visita domiciliare (in questo caso la necessità deve risultare dal certificato)

La sottoscritta si impegna a comunicare immediatamente eventuale cambio di dimora che comporti anche cambio di ASL ed eventuale e sopravvenuta interruzione di gravidanza.

Firma dell'interessata

\_\_\_\_\_

N.B.: dichiaro di essere consapevole della responsabilità penale che mi assumo in caso di false dichiarazioni ai sensi del DPR 445/00 ed in caso di invio per delega o per posta dovrà essere allegata copia del documento di identità. Dichiaro di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 del D.Lgs.n. 196/2003, che i dati personali di cui alla presente istanza sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento per il quale la presente domanda viene prodotta. Gli stessi saranno trattati anche con strumenti informatici, e potranno essere utilizzati o potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. L'interessata potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

All'istanza è allegata copia della busta paga/contratto di lavoro il certificato medico ginecologo/ostetrico contenente elementi richiesti dalla normativa, ossia: le generalità della lavoratrice, il mese di gestazione e la data presunta del parto; periodo di astensione consigliato dal medico specialista (nel caso di complicanze della gestazione). Sono a conoscenza che le istanze non saranno accolte nel caso di rifiuto del controllo medico disposto dalla ASL, ovvero in caso di assenza dell'interessata alla visita domiciliare.