

**ISTANZA DI ESTENSIONE DEL CONGEDO DI MATERNITÀ PER GRAVIDANZA A RISCHIO**

protocollo \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Alla U.O. Medicina Legale del DS n° .....  
ASL Napoli 3 Sud

Oggetto: art. 17 del D. Lgs. 26 marzo 2001, n.151 comma 2 lettera a) – D.Lgs. N°5/2012 Art. 15

|                                                          |  |                                                                                                 |  |                           |  |    |  |  |  |                         |  |     |  |  |
|----------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|----|--|--|--|-------------------------|--|-----|--|--|
| <b>La sottoscritta :</b>                                 |  |                                                                                                 |  |                           |  |    |  |  |  |                         |  |     |  |  |
| Documento di identità: ..... N° ..... del .....          |  |                                                                                                 |  |                           |  |    |  |  |  |                         |  |     |  |  |
| Codice fiscale                                           |  |                                                                                                 |  |                           |  |    |  |  |  |                         |  |     |  |  |
| 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 _____                               |  | (portare copia contratto) |  |    |  |  |  |                         |  |     |  |  |
| <input type="checkbox"/> tempo parziale                  |  | (specificare se vi sono due o più prestazioni di lavoro e/o con più datori di lavoro)<br>ovvero |  |                           |  |    |  |  |  |                         |  |     |  |  |
| Lavoratrice autonoma iscritta nella                      |  |                                                                                                 |  |                           |  |    |  |  |  | qualifica e 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 : (barrare la voce che interessa) ☐ 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 della gravidanza.

**Firma dell'interessata** \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:** 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 complicità 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.