

A.S.L. NO



Azienda Sanitaria Locale di Novara

Sede Legale: viale Roma 7 - Novara

Tel. 0321/374111 | www.asl.novara.it

S. C. MEDICINA LEGALE

AMBULATORIO MONOCRATICO

Astensione anticipata dal lavoro per gravidanza a rischio

L'interessata deve presentarsi in Ambulatorio munita di:

- documento di identità valido.
- certificato in originale, con data, firma e timbro del ginecologo, indicante data dell'ultima mestruazione dichiarata e data presunta del parto, comprensivo della **DIAGNOSI** per cui viene richiesta l'astensione anticipata dal lavoro per gravidanza a rischio
- Il modulo di richiesta della visita, compilato e firmato.
- Il modulo del Decreto: su questo modulo compilare solo la parte che riguarda i propri dati anagrafici.

La valutazione è anche eseguibile via email, sugli atti, in caso di bed rest (riposo a letto prescritto dal Ginecologo), inviando il certificato, che in questo caso deve essere obbligatoriamente di una Struttura Pubblica, e la modulistica, compilata e firmata, a uno dei seguenti indirizzi email:

Per Novara: medlegale.nov@asl.novara.it

Per Borgomanero: medlegale.bor@asl.novara.it

All'Azienda Sanitaria Locale NO

S. C. Medicina Legale

La sottoscritta _____

nata a _____ il _____

attualmente domiciliata a _____

via _____ n. _____ tel. _____

eventuale altro recapito _____

dipendente della ditta _____

sede a _____ via _____ n. _____

qualifica di _____

con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato.

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici previsti dal D.Lgs n.151/2001 (art. 17, comma 2 lettera a), così come modificato dall'art. 15, comma 1, lettera a) e b) del D. L. n. 5/2012, in quanto affetta da gravi complicanze della gestazione o da persistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza.

All'uopo si allega il certificato medico attestante la diagnosi, la prognosi e la data presunta del parto.

Fa presente di essere stata assente per malattia durante la gravidanza per giorni _____

La sottoscritta dichiara, inoltre, di non essere lavorante a domicilio.

Data _____

Firma _____



A.S.L. NO

P.IVA 01522670031

Azienda Sanitaria Locale
Sede Legale: viale Roma 7 - Novara
Tel. 0321/374111
www.asl.novara.it

Novara, _____

OGGETTO: *Astensione dal lavoro per complicanze della gestazione o preesistenti forme morbose. Art. 17 comma II lettera a) Decreto Leg.vo 26.03.2001, n. 151 e modifiche – Decreto Legge 9 febbraio 2012 n. 5, Art. 15.*

VISTA la richiesta presentata in data _____
dalla sig.ra _____
nata a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
Documento di riconoscimento _____ N° _____

VISTO il certificato medico di gravidanza rilasciato in data _____
dal/la dott./ssa _____

EPP: _____

VALUTATA la sussistenza dei requisiti, di cui all'oggetto indicato

DISPONE

- l'astensione anticipata dal lavoro dal _____ al _____
- l'astensione anticipata del lavoro dal _____ fino al periodo di interdizione obbligatorio

Il Medico accertatore

Da consegnare al proprio datore di lavoro. La lavoratrice dovrà completare la pratica inoltrando la richiesta di astensione anticipata all'INPS, on-line o tramite un patronato.



www.regione.piemonte.it