

Al Distretto Sanitario di Base di Ribera

Via Circonvallazione,sn Ribera 92016

Mail: dsribera.protocollo@aspag.it

DOMANDA DI ASTENSIONE DEL CONGEDO DI MATERNITA'

Ai sensi dell'art.17 a) del D.L. vo 26.03.01 n.151

La sottoscritta _____ nata il _____

A _____ Prov. _____ residente in _____

Via/Piazza _____ n _____ Prov _____

Cell _____ mail _____

CHIEDE

Di essere allontanata dal lavoro dal _____ per giorni _____

per gravidanza a rischio, a tal fine allegando idoneo certificato medico rilasciato dal
Dr./ASP _____

Consapevole della responsabilità penale che mi assumo in caso di false dichiarazioni
dichiaro:

di essere dipendente dell'Ente/Azienda _____

con sede in _____ prov _____ Cap _____

Via/Piazza _____ n _____ tel _____ mail _____

Con mansioni di _____

☐ di essere in servizio con contratto a tempo indeterminato dal _____

☐ di essere in servizio con contratto a tempo determinato dal _____ e che il
contratto ha la scadenza _____

- Si allegano copie: contratto individuale di lavoro, certificato medico rilasciato da struttura pubblica,
documento di riconoscimento.

() Consenso al trattamento dei dati personali (art.7 Reg. UE n.679/2016 e D.Lgs. n. 101/2018)

Luogo e data

Firma
