

Prima istanza Istanza di Prosecuzione**Spett.le ASP Catania**
Al Direttore del Distretto Sanitario di

E p.c. Al Datore di lavoro _____

OGGETTO: Istanza di interdizione anticipata dal lavoro per maternità ex art. 17 comma 2 lett. a) - D.Lgs. 151/2001 come modificato dall'art. 15 del D.L. 5/2012 (convertito in Legge 35/2012).

La sottoscritta _____ nata a _____

il _____ residente in _____ domiciliata in _____

via _____ n° _____ Tel. _____

Codice Fiscale _____ dipendente della ditta

_____ con sede di lavoro in _____

via _____ n° _____ trovandosi in stato di gravidanza con data presunta del parto

il _____

CHIEDE

L'autorizzazione ad astenersi dal lavoro ai sensi dell'art.17, comma 2, lett. a) del D.Lgs 151/2001 e ss.mm. e ii.

 dal _____ al _____ fino al periodo di astensione obbligatoria di cui alla lettera a) dell'art. 2 della legge stessa**Informativa breve ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679**Il titolare del trattamento, Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, (P.I. e C.F. 04721260877), con sede in Via Santa Maria La Grande, 5 - 95124 Catania – U.R.P. numero verde: 800 279 761, email: urp@aspct.it - PEC: protocollo@pec.aspct.it, tratta i Vostri dati in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso la sede dell'ASP di Catania e consultabile anche sul sito istituzionale <https://www.aspct.it>. Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è contattabile all'indirizzo di posta elettronica dpo@aspct.it

L'istante dichiara altresì di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e sulla salute. La presente dichiarazione viene resa ai sensi del DPR n.445 /2000, La sottoscritta dichiara altresì di essere consapevole delle conseguenze civili, penali ed amministrative conseguenti ad una dichiarazione omissiva o in tutto o in parte mendace.

Si allega: certificazione medica rilasciata dello specialista ginecologo, in originale. fotocopia del documento di riconoscimento

La sottoscritta delega il/la Sig./Sig.ra _____ alla presentazione della superiore istanza, sollevando da ogni responsabilità, al riguardo, codesta Azienda.

Si allega fotocopia di un valido documento d'identità dell'interessata e del/della delegato/a

data _____

LA LAVORATRICE