



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

As FO

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 - PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

DOMANDA DI ESTENSIONE DEL CONGEDO DI MATERNITA'

(ai sensi dell'art. 17 2° comma - lett. a) del D.Lgs. 26.03.01 n. 151 come modificato dall'art. 15 del D.L. n. 5/2012)

La sottoscritta _____ nata a _____

il [____/____/____] residente a _____ CAP _____
gg mm aaaa -

via _____ Tel. _____

cell. _____ e-mail _____

ATTUALMENTE DIPENDENTE della ditta _____

(sede a cui inviare la comunicazione)

con sede a _____ CAP _____ via _____

Tel. _____ Fax _____ P. Iva _____

PEC _____

TROVANDOMI al _____ mese/settimana di gravidanza (data presunta del parto [____/____/____])
gg mm aaaa

CHIEDO L'INTERDIZIONE DAL LAVORO

Per complicanze della gestazione come da certificato medico allegato.

*Il certificato del medico ginecologo **del Servizio Sanitario Nazionale**, o controfirmato da un medico del Servizio Sanitario Nazionale, attestante le gravi complicanze della gestazione o le pregresse patologie che si ritiene possano essere aggravate dallo stato di gravidanza*

I dati personali, di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza.

Pordenone, lì _____

Firma

Il modulo può essere:

-consegnato a mano c/o la Sede Centrale a Pordenone (2° piano stanza 216 e 218)

dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.30

-trasmesso tramite email a protocollo.gen@asfo.sanita.fvg.it o PEC asfo.protgen@certsanita.fvg.it