



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

# As FO

## Azienda sanitaria Friuli Occidentale

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN)  
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.L.vo 26.03.01 n. 151 come modificato dall'art. 15 del D.L. n. 5/2012)

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
(C o g n o m e e n o m e)

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 \_\_\_\_\_

oppure 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 (1° piano, stanza n. 20)  
dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 12:30

-trasmesso tramite email [protocollo.gen@asfo.sanita.fvg.it](mailto:protocollo.gen@asfo.sanita.fvg.it) o PEC [asfo.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:asfo.protgen@certsanita.fvg.it)