Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Valtellina e Alto Lario
UOC MEDICINA LEGALE

RICHIESTA DI ESTENSIONE DEL CONGEDO DI MATERNITA'
Ai sensi del D.lgs. n° 151/2001 – art. 17, c. 2 lett. A) e s.m.i. del D.L. n° 5/2012 – art. 15

Al Direttore
☐ Distretto di _____
☐ UOC Medicina Legale – Sondrio
ASST della Valtellina e dell'Alto Lario

OGGETTO: Domanda di astensione anticipata dal lavoro per maternità.

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____

residente a _____ cap _____ via _____ n°. _____

domiciliata a _____ cap _____ via _____ n°. _____

telefono _____ **e-mail** _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

dichiara di essere:

☐ **Dipendente** della Ditta _____ con sede in _____ cap _____
via _____ n°. _____ tel. _____
e-mail_____ *(D.lgs. n. 151/2001, art. 17, comma 2, lett. a).*

☐ **Disoccupata** da meno di 60 giorni dalla cessazione del lavoro (*D.lgs. n. 151/2001, art. 24, comma 2).Dal*_____

☐ **Disoccupata** da oltre 60 giorni che percepisce indennità di disoccupazione *(D.lgs. n. 151/2001, art. 24, comma 4). Dal*_____

☐ **Disoccupata** da più di 60 giorni che non percepisce indennità di disoccupazione, per la quale non sono trascorsi più di 180 giorni dalla cessazione del lavoro e possiede il requisito di 26 contributi settimanali nell'ultimo biennio *(D.lgs. n. 151/2001, art. 24, comma 5).Dal* _____

☐ **Collaboratrice** *(iscritta alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, comma 26 della L. 8/8/95)*.

☐ **Associato in partecipazione** *(iscritta alla gestione separata dell'INPS di cui all'art. 2, comma 26 della L. 8/8/95).*

☐ **Libera professionista** non iscritta all'albo *(iscritta alla gestione separata dell'INPS di cui all'art. 2, comma 26 della L. 8/8/95).*

dichiara inoltre:

☐ di essere informata sul trattamento dei dati personali e particolari come da informativa ASST Valtellina e Alto Lario;

☐ di trovarsi al _____ mese di gravidanza con data presunta del parto _____

C H I E D E

l'autorizzazione ad astenersi dal lavoro per complicanze della gestazione, ai sensi dell'art. 17, comma 2, lett. a) del D.lgs. n° 151/2001, dal _____ al _____ come da allegato certificato rilasciato in data _____ dal Medico _____ della struttura _____

La presente dichiarazione viene resa ai sensi degli artt. 33, 46 e 47 del DPR 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.

Luogo e data _____ **LA RICHIEDENTE**

_____

- **Allega documento di riconoscimento in corso di validità**