



ASL
CITTÀ DI TORINO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94

Cod. fiscale/P.I. 11632570013

011/5661566 011/4393111

DOMANDA DI ESTENSIONE DEL CONGEDO DI MATERNITA'
ai sensi dell'art.17 Lgs. 26 marzo 2001, n. 151.

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____
documento di riconoscimento _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ in via _____
cap _____ telefono _____ e-mail _____
dipendente della ditta _____
Via _____ cap. _____ Città _____
mansione _____
ultimo giorno lavorato _____

Premesso

che attualmente è in stato di gravidanza

è affetta da gravi complicanze della gestazione, ovvero da preesistenti forme morbose che, si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza (ipotesi prevista dal D. Lgs. 151/2001, art.17, comma 2, lett. a).

chiede

di poter usufruire dei benefici previsti dal D. L.vo n.151/2001, art.17, comma 2, di cui alla lettera _____ con decorrenza dal _____

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. certificato medico rilasciato da _____

Data _____

Dichiaro, infine essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03, che i dati personali della presente istanza, richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento, anche se trattati con strumento informatici, non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza, e che potrò esercitare i diritti di accesso di cui all'art 7 del predetto D.Lgs.196/03.

 **REGIONE**
PIEMONTE