



ASL Brindisi

**PugliaSalute**

Dipartimento di Prevenzione  
Piazza A. Di Summa - BRINDISI  
Tel.: 0831-510231/510324  
Email: [tutelalavoratricimadri@asl.brindisi.it](mailto:tutelalavoratricimadri@asl.brindisi.it)

<input type="checkbox"/>	<b>1<sup>a</sup> Istanza</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Continuazione</b>

**DOMANDA DI ASTENSIONE ANTICIPATA DAL LAVORO**

ai sensi dell'art. 17 - co.II - lett. A) del D.Lgs.26/03/01 n. 151 e s.m.i.

La sottoscritta ..... nata a .....  
il ..... residente in via/piazza ..... n. ....  
comune di ..... prov. .... CAP .....  
ed attualmente domiciliata in via/piazza ..... n. ....  
comune di ..... prov. .... CAP .....  
codice fiscale.....  
tel. ...., email/PEC .....@.....

**Attualmente:**

assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ .....

\* **(Ditta n.1)** Dipendente della ditta .....  
avente sede in via/piazza ..... n. ....  
comune ..... prov. .... CAP ..... email/PEC .....  
con le mansioni di .....

**In servizio:** *(apporre la crocetta sulle righe interessate)*

- con contratto a tempo indeterminato dal .....
- con contratto a tempo determinato dal ..... al .....
- in godimento indennità di mobilità o in CIG dal ..... al .....
- con rapporto di lavoro con la ditta .....  
cessato in data ..... e/o in godimento di DS dal ..... al .....
- iscritta alla gestione separata di cui all'art. 2 comma 26 della legge 335/95;
- bracciante agricola a tempo determinato iscritta negli elenchi anagrafici di cui alla l.83/70 e succ.  
modifiche nell'anno precedente per almeno n.51 gg. (allegare documentazione)

\* **(Ditta n.2)** Dipendente della ditta .....  
avente sede in via/piazza ..... n. ....  
comune ..... prov. .... CAP ..... email/PEC .....  
con le mansioni di .....

**(Ditta n.2) In servizio:** (apporre la crocetta sulle righe interessate)

- con contratto a tempo indeterminato dal .....
- con contratto a tempo determinato dal ..... al .....
- in godimento indennità di mobilità o in CIG dal ..... al .....
- con rapporto di lavoro con la ditta .....  
cessato in data ..... e/o in godimento di DS dal ..... al .....

**Consapevole delle conseguenze penali ed amministrative (revoca del beneficio) derivanti da dichiarazioni mendaci rese davanti a pubblico ufficiale così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.**

### CHIEDE

l'astensione anticipata dal lavoro. A tal fine si allega:

1. originale del certificato medico di gravidanza redatto dal dott. ...., nel quale è specificatamente indicata, ai sensi D. Lgs. 151/2001, la sussistenza di gravi complicanze della gravidanza o di persistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza, nonché la data presunta del parto ed il periodo di astensione dal lavoro.
2. fotocopia firmata del documento di riconoscimento.

Delega alla presentazione dell'istanza il Sig. ....  
di cui si allega fotocopia del documento di riconoscimento firmato dal delegato.

*La sottoscritta dichiara di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 che 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 eventuale seguito di competenza. L'interessata potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.*

Luogo e Data .....

Firma della lavoratrice

\_\_\_\_\_