



DOMANDA DI ASTENSIONE ANTICIPATA DAL LAVORO PER MATERNITÀ

MODULO DI DELEGA

La sottoscritta (cognome)(nome)
nata a Prov. il
residente a Prov. CAP
in Via n.
C.F.
documento di riconoscimento** n.
rilasciato da in data
☐ In qualità di diretto interessato (solo se maggiorenne)
☐ In qualità di genitore del minore
☐ In qualità di tutore/amministratore di sostegno di

DELEGA

Il/La Signor/a (cognome)(nome)
nato/a a Prov. il
residente a Prov. CAP
in Via n.
C.F.
documento di riconoscimento n.
rilasciato da in data

A

consegnare la domanda di interdizione anticipata dal lavoro ai sensi dell'art. 17 c 2/a del D.lgs. 151/2001 per gravidanza a rischio per gravi complicanze della gestazione e ritirare la eventuale relativa documentazione

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....Lì

.....
(firma di chi delega)

.....
(firma del delegato)

**** Allegare fotocopia del documento di identità, in corso di validità, di chi delega.**