



Azienda Sanitaria Provinciale Messina  
Via Giuseppe La Farina, 263/n - 98123 Messina – P.IVA: 03051870834

## Domanda di estensione del congedo di maternità

Ai sensi dell'art. 17 del D.lgs 26.03.01 modificato dall'art. 15 D.L. n.5/2012 convertito in Legge n.35/2012

Dipartimento Cure Primarie  
UO Centralizzata Medicina Legale e Fiscale  
Ex Ospedale Margherita

E, p.c. (1) A

E, p.c. (1) A

(2) Io sottoscritta  in(cognome coniuge)

nata a  prov.  il  /  /

residente in  prov.  CAP

via  n.

dipendente della Ditta

con sede in  prov.  CAP

via  con mansioni di

Tempo indeterminato  Tempo determinato con scadenza il  /  /

### CHIEDO

l'autorizzazione all'astensione dal lavoro per giorni  a decorrere dal:  /  /

**Per gravidanza a rischio** art. 17, comma 2, lett. a) D.lgs n.151/2001, modificato dall'art. 15 D.L. n. 5/2012 convertito in Legge n. 35 il 04.04.2012

Prima istanza

Istanza di prosecuzione

Allego: certificato di gravidanza in originale rilasciato il  /  /

Luogo e data  Il Dichiarante

(1) indicare gli indirizzi del o dei datori di lavoro ai quali va inviata la domanda

(2) campi obbligatori