

DOMANDA DI CONGEDO PER MATERNITÀ (ASTENSIONE OBBLIGATORIA)
LAVORATRICI / LAVORATORI DIPENDENTI (artt. 16 e 17 T.U. Maternità - Decreto n.151/2001)
(modulo di domanda utilizzabile anche dai lavoratori dipendenti: vedi avvertenze punto 1/b)

ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Sede di

ALL'AZIENDA

INDIRIZZO (Via, piazza, N. Civico)

CAP

COMUNE

PROV.

A DATI DEL / DELLA RICHIEDENTE					
		COGNOME		NOME	
SESSO	DATA DI NASCITA		COMUNE O STATO ESTERO DI NACITA	PROV.	CODICE FISCALE
		INDIRIZZO (Via, piazza, N. Civico)			CAP
		COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	TELEFONO	

IL / LA SOTTOSCRITTO / A CHIEDE
di fruire del congedo di maternità (astensione obbligatoria dal lavoro) per il previsto periodo
e della relativa indennità (V. AVVERTENZE IMPORTANTI)

B IL / LA SOTTOSCRITTO / A DICHIARA					
di essere titolare di un valido rapporto di lavoro					
DAL		DITTA		Matricola Aziendale	
		INDIRIZZO (Via, piazza, N. Civico)	PROV.	COMUNE	
DAL		DITTA		Matricola Aziendale	
		INDIRIZZO (Via, piazza, N. Civico)	PROV.	COMUNE	
di essere licenziato/a (o anche dimissionario/a) dal					
di essere utilizzato/a (compilare anche riquadro precedente) in A.S.U. (Attività socialmente utile) A.P.U. (Attività di pubblica utilità) dal					
al (se licenziata/o anteriormente, compilare anche la voce precedente)					
di essere sospeso/a dal					
Settore di attività					
Industria, Artigianato, o Terziario o Servizi (già Commercio), Credito, Assicurazioni, Servizi tributari appaltati					
Servizi domestici e familiari			Cooperative (socia/o lavorat____)		Lavoro a domicilio
Spettacolo a tempo indeterminato			Spettacolo a tempo determinato o a prestazione o a giornata, ecc.		
Agricoltura, con contratto a tempo indeterminato					
Agricoltura, con contratto a tempo determinato con iscrizione negli elenchi dei lavoratori agricoli del Comune di:					
			nell'anno	per gg.	
Altro (indicare)					
con qualifica di:		Operaio/a	Impiegato/a	Apprendista	
di non essere/ di essere parente (figlio/a, sorella, fratello, nipote) o affine (nuora/genero o cognata) o moglie/marito del datore di lavoro					
indicare il rapporto di parentela o affinità					
che, pur abitando stabilmente all'indirizzo indicato al quadro A, la "residenza anagrafica" risulta					
		COMUNE	CAP	PROV.	INDIRIZZO (Via, civico)

N.B.: Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano

C CERTIFICATO MEDICO DI GRAVIDANZA (da compilare a cura del ginecologo abilitato dell'ASL o dell'Azienda Ospedaliera)			
Io sottoscritto Dott.	COGNOME	NOME	
certifico di aver visitato la Sig.ra	COGNOME	NOME	
nata il	DATA DI NASCITA	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.
L'interessata dichiara:	L'ultima mestruazione è iniziata il _____ i movimenti attivi del feto si sono manifestati _____ i circa il _____		
I primi fenomeni connessi alla gravidanza si sono manifestati circa il _____			
Dall'esame clinico risultano i seguenti rilievi obiettivi per la diagnosi _____			
In base ai dati sopra esposti, ritengo che l'interessata si trovi al _____ mese di gravidanza e che il parto avverrà presumibilmente _____ il _____			
Data	Firma e timbro del medico _____		

D FLESSIBILITA' DEL CONGEDO DI MATERNITA' (art. 20 T.U. Maternità)	
La sottoscritta chiede	
di avvalersi della facoltà di usufruire della flessibilità del congedo di maternità per un totale di n. _____ giorni di anticipazione, _____ giorni che saranno quindi fruiti dopo la scadenza del normale periodo (3 mesi) di astensione obbligatoria dopo il parto. A tal fine	
_____ dichiara	
di essere stata posta / non essere stata posta in maternità con provvedimento di interdizione anticipata dal lavoro da parte del competente Servizio ispettivo del Ministero del lavoro, ai sensi dell'art. 17 del T.U. sulla Maternità (già art. 5 della legge 1204/71), per il periodo dal _____ al _____	

E MODALITA' DI PAGAMENTO (solo per pagamenti diretti INPS: disoccupati/sospesi, operai agricoli, lavoratori domestici, lavoratori stagionali a termine, lavoratori spettacolo a tempo determinato o a prestazione)			
IN EURO	ASSEGNO CIRCOLARE	ACCREDITO SUL CONTO CORRENTE BANCARIO	
		(Indicare le coordinate bancarie nelle caselle sottostanti) (1)	
CIN	CODICE BANCA	CODICE CAB	CODICE CLIENTE
(1) I dati possono essere rilevati dall'estratto conto bancario			

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) SOGGETTI AVENTI DIRITTO:

- a) **Lavoratrici madri per le quali risulti dovuto il contributo per l'assicurazione obbligatoria di maternità:**
- con attività lavorativa in atto (per le agricole e le addette ai servizi domestici, sono richiesti requisiti differenti di attività lavorativa). dipendenti da privati datori di lavoro
 - disoccupate o sospese entro 60 giorni dalla cessazione o sospensione
 - disoccupate con diritto all'indennità di disoccupazione
 - disoccupate non assicurate contro la disoccupazione, sempreché il periodo di maternità inizi entro 180 giorni dal licenziamento e risultino a loro favore almeno 26 contributi settimanali nell'ultimo biennio
 - sospese con diritto all'integrazione salariale
 - lavoratrici impegnate in A.S.U./A.P.U.22 (Attività socialmente utile/Attività di pubblica utilità)
- b) **Lavoratori padri, in possesso dei requisiti indicati alla lett. a):** hanno diritto a 3 mesi dopo il parto in caso di grave infermità o morte della madre o abbandono del bambino da parte della madre o affidamento esclusivo al padre (art. 28 T.U. Maternità). Per la richiesta può essere utilizzato il presente modulo allegando la documentazione necessaria.
- c) **Genitori adottanti o affidatari, in possesso dei requisiti indicati alla lett. a):** madri o padri (nel caso in cui la madre abbia rinunciato -se ne aveva diritto- a fruirne o sia deceduta, oppure il bambino gli sia affidato in via esclusiva) per i 3 mesi successivi alla data di effettivo ingresso in famiglia, del bambino di età non superiore a 6 anni (per le adozioni nazionali) e non superiore a 18 anni (per le adozioni internazionali).

2) PERIODI DI CONGEDO E MISURA DELL'INDENNITÀ:

- a) **Periodo normale:** 2 mesi precedenti la data presunta del parto (più l'eventuale periodo intercorrente tra data presunta e data effettiva del parto) e 3 mesi successivi al parto, fatti salvi ulteriori periodi per anticipazioni o prolungamenti disposti dalla Direzione Provinciale del Lavoro, Servizio Ispezione del Lavoro.
- b) **Flessibilità** (v. punto 3., lett. c): anche soltanto il mese precedente la data presunta del parto (anziché i due mesi precedenti), con spostamento dell'astensione non fruito prima del parto al periodo successivo al parto, che pertanto, potrà essere prolungato fino a 4 mesi di congedo.
- c) **Parto prematuro:** i giorni non goduti di astensione precedente i due mesi la data presunta del parto si aggiungono ai tre mesi successivi al parto (non sono riconoscibili i giorni precedenti i due mesi suddetti).
- d) **Misura:** 80% della retribuzione in tutti i casi.

3) DOCUMENTAZIONE:

- a) La **certificazione di gravidanza** può essere anche rilasciata da medici diversi da quello indicato al quadro C, ma in questo caso è facoltà del datore del lavoro o dell'Inps accettare i certificati stessi ovvero richiederne la regolarizzazione alla lavoratrice interessata (art. 76 T.U. Maternità).
- b) Entro 30 giorni dalla data del parto dovrà essere presentato il **"certificato di assistenza al parto"** o "stato di famiglia" o "dichiarazione sostitutiva" da cui risultino le generalità del bambino e lo stato di genitore dello stesso da parte della/del richiedente con le proprie generalità o eventuale documentazione attestante l'aborto (che non dà diritto a trattamenti di maternità, ma se del caso, a quello di malattia, per la durata dell'incapacità al lavoro).
- c) Nel caso di **flessibilità** (vedi quadro D) sono necessarie le seguenti attestazioni rilasciate dal:
- * **ginecologo del SSN o con esso convenzionato** (da compilare nel corso del settimo mese di gravidanza) in cui devono essere riportati:
 - le generalità dell'interessata, le indicazioni sul datore di lavoro e la sede dove la stessa presta il proprio lavoro e sulle mansioni alle quali è addetta;
 - l'assenza di condizioni patologiche che configurino situazioni a rischio per la salute della lavoratrice e del nascituro al momento della richiesta;
 - il venir meno delle cause che abbiano in precedenza portato ad un provvedimento della competente Direzione Provinciale del Lavoro, Servizio Ispezione del Lavoro, di interdizione anticipata ai sensi dell'art.17, comma 2, lett a), del T.U. Maternità;
 - l'assenza di controindicazioni allo stato di gestazione riguardo alle modalità per il raggiungimento del posto di lavoro (solo qualora non sia previsto in azienda l'obbligo di sorveglianza sanitaria sul lavoro e sulla base delle informazioni fornite dalla lavoratrice sull'attività svolta);
 - l'assenza di pregiudizio alla salute della lavoratrice e del nascituro derivante dalle mansioni svolte, dall'ambiente di lavoro e/o dall'articolazione dell'orario di lavoro previsto
 - * **medico aziendale responsabile della sorveglianza sanitaria** (Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n. 626) in cui devono essere riportati:
 - il venir meno delle cause che abbiano in precedenza portato ad un provvedimento della competente Direzione Provinciale del Lavoro, Servizio Ispezione del Lavoro, di interdizione anticipata ai sensi dell'art.17, comma 2, lett. b) e c), del T.U. Maternità;
 - l'assenza di pregiudizio alla salute della lavoratrice e del nascituro derivante dalle mansioni svolte, dall'ambiente di lavoro e/o dall'articolazione dell'orario di lavoro previsto
 - l'assenza di controindicazioni allo stato di gestazione riguardo alle modalità per il raggiungimento del posto di lavoro;
- ovvero
- dichiarazione del datore di Lavoro che in azienda o per le attività svolte dalla lavoratrice interessata non esiste l'obbligo di sorveglianza sanitaria sul lavoro ai sensi del Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n. 626.