

AL SPSAL AZIENDA USL

ALLA DIREZIONE PROVINCIALE  
SERVIZIO ISPEZIONE DEL LAVORO  
Piazza Cittadella n° 8/9  
41100 Modena

LA SOTTOSCRITTA \_\_\_\_\_

NATA A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESIDENTE/DOMICILIATA A \_\_\_\_\_

IN VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

DIPENDENTE DELLA AZIENDA USL DI MODENA

CON SEDE LEGALE A MODENA, VIA S. GIOVANNI DEL CANTONE, N 23

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

CON LA MANSIONE DI \_\_\_\_\_

PRESSO L'UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO \_\_\_\_\_

CON SEDE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

GRAVIDA AL \_\_\_\_\_  
(allega certificato di gravidanza)

DICHIARA ai sensi dell'art. 2 Legge 15/68, dell'art. 3 Legge 127/97 e art. 1 DPR 403/98, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 26 Legge 15/68 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, DI AVER PARTORITO

a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

il/la bambino/a \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di poter usufruire dei benefici previsti per il lavoro a rischio dal D.Lgs. n. 151/2001 di tutela della lavoratrice madre.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma