

**INTERDIZIONE PER COMPLICANZE
DELLA GRAVIDANZA**

All'Ispettorato Provinciale del Lavoro (a)

Via, n. ...

.....

e.p.c AL Dirigente Scolastico

Via....., n.....

.....

La sottoscritta, nata a,
il, residente in Via,
tel., in servizio presso
via, n. CAP con la qualifica di
....., con contratto di lavoro a **tempo indeterminato/determinato**,

CHIEDE,

l'interdizione dal lavoro ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 a partire
dal per complessivi giorni

La sottoscritta comunica il domicilio presso il quale desidera venga effettuata l'eventuale visita
medico-fiscale:

- via n. -

e che il nominativo segnato sul campanello di casa è il seguente

.....

Ai fini di cui trattasi allega alla presente certificato medico redatto dal dott.

in data, indicante anche diagnosi, prognosi e data presunta del parto.

Informa, infine, che l'U.S.L. di appartenenza è la n. di

.....

(località)

(data)

.....

(firma)

- Allego alla presente certificato medico