



Ospedale Maggiore di Lodi
Distretti e Presidi Lodigiani

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lodi

All' Azienda Socio Sanitaria
Territoriale di Lodi
Tel. 0371/371 – fax: 0371/372471

CONTROLLI PRENATALI D. Lgs. 151/2001

La sottoscritta _____ in servizio a tempo

indeterminato determinato - con la qualifica di _____

trovandosi nella posizione di lavoratrice gestante,

già documentata in precedenza documentata come da certificato allegato

CHIEDE

di usufruire per il giorno _____ a partire dalle ore _____, del permesso previsto
dall'art. 14 del Decreto in oggetto,

per effettuare esami prenatali accertamenti clinici visita specialistica

Dichiara, sotto la propria responsabilità, che le prestazioni in questione non possono essere eseguite al di fuori dell'orario di lavoro.

Si impegna a produrre successivamente un'idonea documentazione giustificativa attestante la data e l'orario di effettuazione, in mancanza della quale i permessi non potranno essere riconosciuti.

Data, _____

FIRMA DEL DIPENDENTE

FIRMA CONFERMATIVA DEL DIRETTORE/RESPONSABILE U.O.

Modulo controlli prenatali 151/2001