

**S.C. MEDICINA LEGALE**

P.za Silvio Pellico,1 - 10023 Chieri TO

Tel: 011 – 94293662-3677

e-mail: ml.151@aslto5.piemonte.it

*pec:* *protocollo@cert.aslto5.piemonte.it*

direttore dott. Antonio Milanesio

 ***Azienda Sanitaria Locale***

***di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino***

 ***Sede Legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (To) – tel. 011 94291 – C.F. e P.I. 06827170017***

Spett. A.S.L. TO5

Struttura Complessa

Medicina Legale

La sottoscritta......................................................................................................

C.F.:............................................................nata...........................................................a....................................................................................il. e

residente a..............................................................................................................

via..........................................................................n............Tel................................

domiciliato a………………………………………………………………………………..

(recapito mail)............................................:.............................................................

dipendente della ditta....................................................................................................

Con sede a.......................................via..........................................n..........................

Tel....................................con qualifica di......................................................................

e mansione di................................................................................................................

con contratto di Iavoro a tempo indeterminato (o determinato con scadenza il. )

**CHIEDE**

Di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 5 lett. a) (\*) della legge 30/12/1971 n. 1204 sulla tutela delle lavoratrici madri, a decorrenza dal............................................

All'uopo si allega il certificato medico attestante la diagnosi, la prognosi e la data presunta del parto.

Fa presente di essere stata assente per malattia durante la gravidanza n. giorni......................

La sottoscritta dichiara, inoltre, di non essere lavorante a domicilio.

Dichiaro di aver letto e compreso l’informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell’art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, consultabile nella sezione Privacy del sito web istituzionale e affissa nei locali aziendali.

Data Firma