

Alla Direzione Territoriale del Lavoro di Trieste – Gorizia

Sede di Trieste
via S. Francesco n° 27 – 34133 Trieste
Sede di Gorizia
Largo 27 marzo n° 10 – 34170 Gorizia

tel.040762844 - fax 040762874 – 040/368355 fax 040/771651 (Trieste)
tel. 0481/535683 – fax 0481/533983 (Gorizia)

e-mail: DTL-Trieste-Gorizia@lavoro.gov.it – dtl.trieste-gorizia@pec.lavoro.gov.it

La sottoscritta
nata a il.....
residente a
Via..... n..... Tel.....
occupata in qualità di.....
presso la Ditta/Ente.....
con sede in..... Fax.....
Via..... n..... Tel.....

CHIEDE

a codesta Direzione del Lavoro l'autorizzazione ad **astenersi dal lavoro stesso fino al VII mese dopo il parto** ai sensi del D.Lgs 151/2001 art.17, comma 2, lett. b) e c).

A tale riguardo fa presente di essere esposta ad una o più tipologie di rischio:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rischio biologico | <input type="checkbox"/> Esposizione RX |
| <input type="checkbox"/> Rischio chimico | <input type="checkbox"/> Attività su mezzi di trasporto |
| <input type="checkbox"/> Movimentazione carichi | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Stazionamento in piedi per più di metà dell'orario di lavoro | _____ |

Note:

“Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L.vo 196/03, che i dati personali, di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.L.vo 196/03”

Luogo e data

Firma.....