

**OGGETTO: DOMANDA DI INTERDIZIONE DAL LAVORO PER GRAVI  
COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE**

La sottoscritta \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_  
a tempo determinato/indeterminato,

**COMUNICA**

alla S.V. che intende usufruire dell'interdizione dal lavoro per gravi complicanze della gestazione, prevista dall'art. 17, comma 2, del Dlgs. 26/03/2001 n. 151, a decorrere dal \_\_\_\_\_.

A tal fine allega:

1. copia del certificato medico di gravidanza rilasciato da un ginecologo di un ente pubblico;
2. copia del certificato medico attestante le gravi complicanze della gestazione, il periodo di astensione dal lavoro, la data dell'ultima mestruazione, la data presunta del parto;
3. copia dell'istanza prodotta all'Ispettorato del lavoro;
4. copia della ricevuta di tale istanza, rilasciata dall'Ispettorato del lavoro con riserva di esibire, non appena possibile, il relativo provvedimento dell'ispettorato medesimo.

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesta Scuola ai sensi del GDPR 679/16 «Codice in materia di protezione dei dati personali», di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari...».

Sorrento, \_\_\_\_\_  
(data)

In Fede

\_\_\_\_\_

---