

Alla A.S.L. ROMA2  
UOS Medicina Legale  
.... Distretto

via/p.za/l.go ..... n. .... 001.... Roma

prima istanza  rinnovo

Io sottoscritta .....  
nata a ..... il .....  
Documento di riconoscimento ..... n. ....  
Codice Fiscale .....  
Domiciliata in Roma, CAP 001....., via ..... n. ....  
Telefono ..... Cell. ....  
e-mail .....@.....

**DELEGO**

Il/la sig./ra .....  
ad accedere per mio conto presso gli Ambulatori di codesta Azienda Sanitaria Locale per effettuare  
tutti gli adempimenti relativi alla richiesta di interdizione anticipata dal lavoro per le lavoratrici  
madri, al fine di ottenere l'autorizzazione all'astensione dal lavoro per la motivazione di cui all'art.  
17, comma 2, lett. a del D. Lgs 151/2001, per "***Gravi complicanze della gestazione o preesistenti  
forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza***".

A tal fine allego

1. Copia del mio documento di riconoscimento (L'ORIGINALE DEVE ESSERE ESIBITO AL MEDICO LEGALE);
2. Copia del documento di riconoscimento della persona delegata (L'ORIGINALE DEVE ESSERE ESIBITO AL MEDICO LEGALE).

ROMA, ...../...../20.....

Firma leggibile delegante .....

Firma leggibile delegato .....