



INFORMATIVA PROVVEDIMENTO DI INTERDIZIONE ANTICIPATA DAL LAVORO DELLE LAVORATRICI NEL CASO DI GRAVI COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA

Gent.ma Signora,

se residente nel territorio dei municipi 5-6 e 7 di Milano o domiciliata sanitarmente in esso, può inoltrare domanda di interdizione anticipata dal lavoro ai sensi dell'art. 17 comma 2 - lett.a) del D.Lgs. 26/03/2001 n. 151 secondo le indicazioni di seguito riportate.

Dovrà compilare in ogni campo, firmare e inoltrare, in formato pdf, tutta la modulistica allegata alla presente informativa:

- Certificato emesso dallo specialista ginecologo di struttura pubblica o privata accreditata;
- Consenso privacy;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- Domanda di astensione per maternità anticipata;
- Documento di identità valido;
- Tessera sanitaria/CF;

direttamente alla casella mail:

at.sociosanitario@asst-santipaolocarlo.it

Gli uffici predisposti provvederanno a confermarle l'emissione del provvedimento che successivamente lei dovrà far pervenire al datore di lavoro.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PRIVACY CONSENSO DSE ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA artt. 6-8 Regolamento UE 679/2016 (GDPR)	AST_PRY_535_Ed00
		Approvazione: Direzione Strategica e DPO/RPO
		Data di Emissione: 17.05.2023

L'interessato/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____

acquisite le informazioni di cui all'**Informativa Interessati – Assistenza Socio-Sanitaria** fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà l'applicativo di Assistenza Socio-Sanitaria cioè l'insieme dei dati personali generati da eventi clinici che lo riguardano, raccolti in tempi diversi presso un organismo sanitario in qualità di unico titolare del trattamento, messi in condivisione logica dal personale sanitario (medici, infermieri, ...) che Lo assistono, al fine di documentarne la storia clinica e di offrire un migliore processo di cura

NON è nelle condizioni psico-fisiche di sottoscrivere quanto sopra per incapacità di agire ovvero per impossibilità fisica o incapacità di intendere o di volere,

IN QUESTA SITUAZIONE,

preso atto delle disposizioni del D. Lgs. 196/2003 e s. m. i. e del Regolamento UE 679/2016

Il/la Signor/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____

IN QUALITÀ DI:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Esercitante legalmente la potestà | <input type="checkbox"/> Prossimo congiunto |
| <input type="checkbox"/> Familiare | <input type="checkbox"/> Responsabile struttura presso cui dimora |
| <input type="checkbox"/> Convivente | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

E IN CASO DI MINORI

L'altro genitore

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____

ALLA PRESENZA DI

- Interprete**
 Accompagnatore
 Nessuno

- PRESTA IL CONSENSO**
 NEGA IL CONSENSO

all'ASST SANTI PAOLO E CARLO per il trattamento dei dati a maggior tutela (persone sieropositive, donne che si sottopongono a interruzione volontaria di gravidanza, vittime di atti di violenza sessuale o pedofilia, persone che fanno uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e di alcool, donne che decidono di partorire in anonimato, minori d'età, nonché i dati e i documenti riferiti ai servizi offerti dai consultori familiari), all'interno dell'applicativo di Assistenza Socio-Sanitaria, in conformità a quanto previsto dalle leggi vigenti, per le finalità espresse e come dichiarato nell'**Informativa Interessati – Assistenza Socio-Sanitaria**.

PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA

L'interessato o chi ne fa le veci, presa visione dell'Informativa Interessati – Assistenza Socio-Sanitaria, presta il Suo consenso per la comunicazione, da parte del personale della struttura che lo ha in cura, dei dati riguardanti lo stato di salute e l'andamento del trattamento dell'interessato/a ai seguenti soggetti (indicare Nome, Cognome e possibilmente Data di nascita):

Medico/Pediatra di Famiglia	<input type="checkbox"/> PRESTA	<input type="checkbox"/> NEGA	
Altro Medico Specialista	<input type="checkbox"/> PRESTA	<input type="checkbox"/> NEGA	
Familiari (_____)	<input type="checkbox"/> PRESTA	<input type="checkbox"/> NEGA	
Insegnanti	<input type="checkbox"/> PRESTA	<input type="checkbox"/> NEGA	
Chi ne faccia richiesta	<input type="checkbox"/> PRESTA	<input type="checkbox"/> NEGA	
Signor/a (_____)	<input type="checkbox"/> PRESTA	<input type="checkbox"/> NEGA	
Altro (_____)	<input type="checkbox"/> PRESTA	<input type="checkbox"/> NEGA	

Milano _____

L'interessato (anche Minore o Tutelato se possibile) _____

Chi ne fa le veci _____

L'altro genitore _____

L'interprete o l'accompagnatore _____

L'operatore _____

Matricola _____ Timbro _____

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio

Il/la Sottoscritto _____ C.F. _____

nato a _____ (_____) il ____/____/____,

residente a _____ (_____) in _____ n° _____

in qualità di:

- diretto interessato
- genitore / tutore del minore _____
- legale rappresentante di _____

ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 47 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445, consapevole delle sanzioni stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni e in ottemperanza del D.L. n°5 del 09/02/2012 (convertito in L.35 del 04/04/2012)

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, che la copia allegata alla presente dichiarazione, relativa a: Certificazione di attestazione di gravidanza a rischio rilasciata da un Medico Specialista di Struttura pubblica o privata accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale **è conforme all'originale, senza modifiche o alterazione alcuna, nei dati e nelle informazioni.**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.vo n. 196/2003 il sottoscritto è informato : 1) dei diritti previsti dall'art. 7 del citato decreto; 2) che i dati compresi nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Milano, li _____

data

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000)

* Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000, la firma non va autenticata:

- Allegata fotocopia non autenticata del seguente documento d'identità in corso di validità

Alla
ASST SANTI PAOLO CARLO
TERRITORIO MUNICIPI 5-6 E 7 DI MILANO

OGGETTO: Art. 17 comma 2 lett. a) - D.Lgs. 26/3/2001 n. 151

La sottoscritta _____ nata a _____ ()
Il _____ residente in _____ via _____ n. _____
CAP _____, domiciliata in _____ via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ Codice Fiscale _____
dipendente di _____ con sede legale in
_____ via _____ n. _____ con la qualifica
di _____ e tuttora dipendente, trovandosi in stato di gravidanza con
data presunta del parto _____

C H I E D E

l' autorizzazione ad astenersi dal lavoro ai sensi dell'art. 17, comma 2, lett. a) del D.Lgs. indicato in
oggetto dal _____ al _____

L'istante dichiara altresì di essere stato informato sulle finalità del presente trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30.6.2003, n. 196.
La presente dichiarazione viene resa ai sensi degli artt. 33, 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.
La sottoscritta dichiara altresì di essere consapevole delle conseguenze civili, penali ed amministrative conseguenti ad una dichiarazione omissiva o in tutto o in parte mendace.

Milano, il _____

LA LAVORATRICE
