CARTA INTESTATA

Al medico competente

U.O. Medicina del Lavoro

*Servizio di Medicina del Lavoro, di Prevenzione e Protezione e di Fisica Sanitaria*

Via P.Palagi, 9

40138 Bologna

**Oggetto: Posticipo astensione obbligatoria per gravidanza Dr.ssa/Sig.ra XXXXXXXXXX**

In qualità di Direttore/Preside/Dirigente del Dipartimento/Scuola/… di……………………, su richiesta dell’interessata, dichiaro che la Si.gra/D.ssa………………, borsista/assegnista/ecc…, in organico presso il Dipartimento/il Centro/la Struttura da me diretto, dal momento della segnalazione dello stato di gravidanza è stata assegnata a compiti lavorativi non vietati, tenuto conto di quanto previsto dal D.Lgs 151/2001.

Dichiaro inoltre che attualmente la lavoratrice svolge la seguente attività (*barrare le voci di interesse*):

* attività in studio/ufficio con utilizzo non continuativo del VDT con possibilità di autonoma gestione delle pause e/o dell’orario di lavoro;
* attività didattica in aula con possibilità di alternare frequentemente le posture e le pause di riposo;
* attività di bibliotecaria senza utilizzo di scale con possibilità di alternare frequentemente le posture e le pause di riposo.
* Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data

Il Direttore

Prof. XXXXXXXXXXX