



IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

In QUALITÀ DI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE DI CENTRO DI COSTO/

INFORMATO DALLA SIG.RA \_\_\_\_\_

DEL PROPRIO STATO DI GRAVIDANZA IN DATA \_\_\_\_\_ (ASSENTE DAL LAVORO DAL \_\_\_\_\_)

**DICHIARA CHE LA STESSA** (opzionare A o B)

- A) NELL'ATTUALE MANSIONE
- B) NELLA MANSIONE ALTERNATIVA ASSEGNATA DAL DATORE DI LAVORO (indicare la nuova mansione \_\_\_\_\_)

**NON E'** ADIBITA A D ATTIVITA' PERICOLOSE, GRAVOSE ED INSALUBRI PER LA SALUTE DELLA LAVORATRICE E/O DEL/LA NASCITURO/A COMPORTANTI ESPOSIZIONE A:

- RADIAZIONI IONIZZANTI
- CAMPI ELETTROMAGNETICI AD ALTA INTENSITA' (ES. APPARECCHI RMN)
- AGENTI BIOLOGICI
- AGENTI CHIMICI
- MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI
- POSTURA ERETTA PROLUNGATA
- ATTIVITA' COMPORTANTI USO DI MEZZI DI TRASPORTO
- TURNI NOTTURNI
- VIBRAZIONI
- ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_