

Carta intestata del
proprio medico ostetrico/ginecologo
(del S.S.N. o con esso convenzionato)

Certifico di aver visitato in data odierna la Sig.ra _____ nata a
_____ il ___/___/_____

Dipendente della ditta Università degli Studi di Udine

Sede di lavoro _____

Qualifica _____

Attualmente nel corso della 30° settimana di gravidanza (U.M.: ___/___/_____, Data Prevista del
Parto: ___/___/_____)

Dall'esame clinico/strumentale non sono emerse condizioni patologiche che configurino una situazione a rischio per la salute della lavoratrice e/o del nascituro al momento della richiesta e non vi sono controindicazioni allo svolgimento dell'attività lavorativa in questa sede dichiarata.

Inoltre, sulla base delle dichiarazioni rese dalla lavoratrice , si attesta:

- l'assenza di pregiudizio per la sua salute, o per quella del nascituro, derivante dalle mansioni svolte, dall'ambiente di lavoro e/o dall'articolazione dell'orario di lavoro effettuato;
- l'assenza di controindicazioni allo stato di gestazione riguardo alle modalità di raggiungimento del posto di lavoro.

L'esercizio dell'opzione di "flessibilità" ai sensi dell'art. 20 del D.Lvo n. 151/2001, allo stato attuale, non arreca pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro.

Luogo, data

Timbro e firma del medico