

## MODELLO CHE DEVE COMPILARE IL DATORE DI LAVORO

Alla **Direzione Territoriale del Lavoro di Bologna** -Servizio Politiche del Lavoro – Sportello stanza 13-14 (primo piano)  
Orario di apertura al pubblico: dal martedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 12:00 – lunedì e giovedì dalle ore 13:45 alle ore 15:15  
Viale Masini n. 12 – 40126 Bologna – sito: [www.lavoro.gov.it/dpl/bologna/modulistica](http://www.lavoro.gov.it/dpl/bologna/modulistica) – tel. 051/6079111 fax n. 0514229287

E p.c. alla lavoratrice sig.ra \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Allontanamento della lavoratrice **dipendente** addetta a lavori vietati ai sensi del D. Lgs. 151/2001.

Con la presente il sottoscritto \_\_\_\_\_ **legale rappresentante** della Ditta \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ dichiara che la dipendente \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ occupata presso la seguente **sede operativa di lavoro nel comune di** \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_ assunta a:  tempo indeterminato  tempo determinato fino al \_\_\_\_\_ con orario di lavoro a:  tempo pieno  tempo parziale per n. \_\_\_\_ ore di lavoro settimanali con la qualifica \_\_\_\_\_ ha prodotto il certificato di gravidanza con data presunta del parto \_\_\_\_\_. **A seguito dell'ultima valutazione dei rischi**, come da documento sottoscritto dal datore di lavoro in data \_\_\_\_\_, lo stesso datore di lavoro dichiara che la lavoratrice svolge effettivamente la seguente mansione \_\_\_\_\_ rientrante tra i lavori vietati, ai sensi del D.Lgvo n. 151/2001, in quanto espone ai seguenti rischi: \_\_\_\_\_

**DICHIARA** (crocettare numero che interessa)

- 1. l'impossibilità di adibire la lavoratrice ad altre mansioni** sulla base dei seguenti elementi tecnici attinenti l'organizzazione aziendale: \_\_\_\_\_  
e pertanto **chiede** il rilascio del provvedimento di **interdizione** dal lavoro:  
 fino al termine del periodo di interdizione obbligatoria  fino a sette mesi dopo il parto
- 2. di avere la possibilità di adibire la lavoratrice alle seguenti mansioni non rientranti tra i lavori vietati** \_\_\_\_\_  
 fino al termine del periodo di interdizione obbligatoria  fino a sette mesi dopo il parto
- 3. di aver modificato temporaneamente** le condizioni e l'orario di lavoro affinché l'esposizione al rischio sia evitata informando la lavoratrice delle misure di prevenzione impiegate;

Lo scrivente è consapevole della responsabilità penale che si assume in caso di false dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000.

Data \_\_\_\_\_ FIRMA e Timbro (Datore di lavoro) \_\_\_\_\_

**Allegare:** 1) **certificato di gravidanza attestante la data presunta del parto;**  
2) **copia documento di riconoscimento del datore di lavoro;**  
3) **ultimo documento di valutazione dei rischi** (se non ancora inviato a questo Ufficio)