



AGENZIA AGORÀ
COOPERATIVA SOCIALE

Ente accreditato alla sezione nazionale dell'Albo Unico degli enti di Servizio Civile Universale - SU00011

COMUNICAZIONE ASTENSIONE PER MATERNITÀ

La sottoscritta _____ nata a _____
il ____ / ____ / _____, operatrice volontaria cod.
vol. _____ del Progetto di Servizio Civile Universale denominato
_____ presso la sede di attuazione _____

COMUNICA

di astenersi dallo svolgimento del servizio civile per maternità ai sensi del Testo Unico in materia di tutela e sostegno della maternità e paternità, adottato con il decreto legislativo 26 marzo 2001, n.151, come previsto dall'articolo:

- ☐ art. 16) astensione obbligatoria nei due mesi precedenti la data presunta del parto e nei tre mesi successivi il parto;
- ☐ art. 17, comma 1) astensione obbligatoria anticipata a tre mesi dalla data presunta del parto nel caso in cui le operatrici volontarie siano impegnate in attività che, in relazione all'avanzato stato di gravidanza, siano da ritenersi gravose o pregiudizievoli;
- ☐ art.17, comma 2) astensione obbligatoria anticipata per gravi complicanze della gravidanza o di preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza; per condizioni di lavoro o ambientali pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino; quando la lavoratrice non possa essere spostata ad altre mansioni;
- ☐ art. 20) astensione obbligatoria dallo svolgimento del servizio a partire dal mese precedente la data presunta del parto e nei quattro mesi successivi allo stesso;

a decorrere dal giorno ____ / ____ / _____, come riconosciuto da allegato:

- ☐ certificazione medica, rilasciata da struttura del servizio sanitario nazionale attestante la data presunta del parto (art. 16);
- ☐ certificazione medica, rilasciata da struttura del servizio sanitario nazionale, attestante la data presunta del parto e l'incompatibilità delle attività progettuali con lo stato di gravidanza, unitamente alla dichiarazione del medesimo ente da cui emerge l'indicazione delle mansioni svolte dall'operatrice volontaria nell'ambito del progetto e l'impossibilità di assegnarla ad altre mansioni (art. 17 comma 1);
- ☐ certificazione medica, rilasciata da struttura del servizio sanitario nazionale, attestante la data presunta del parto e le gravi complicanze della gravidanza o le preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza (art. 17 comma 2);
- ☐ certificazione medica, rilasciata da struttura del servizio sanitario nazionale attestante la data presunta del parto e la compatibilità delle attività progettuali con lo stato di gravidanza (art. 20).

Data presunta del parto ____ / ____ / _____

Luogo e data

Firma dell'operatore volontario
