

SEDE LEGALE:

Centralino:

P.I./Cod.Fisc

DIPARTIMENTO DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Direttore

Il sottoscritto dr. _____ Medico specialista in Ostetricia e Ginecologia, Dirigente
medico presso

Certifica

di aver visitato in data odierna la Sig.ra

nata a _____ il _____

attualmente nel corso della _____ settimana di gravidanza (U.M. _____ E.P.P. _____)

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

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

- l'assenza di pregiudizio per la sua salute e 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 alla modalità per il raggiungimento del posto di lavoro.

L'esercizio di opzione di "flessibilità", allo stato attuale, non arreca pregiudizio alla salute della
gestante e del nascituro fino al termine della gravidanza.

lì _____

in fede