

**RICHIESTA DI ESONERO LAVORO NOTTURNO**  
**SINO AL COMPIMENTO DEL TERZO ANNO DI VITA DEL BAMBINO**

All'Ufficio Maternità dell'Asugi di Trieste - Gorizia  
 Via del Farneto 3 – Trieste  
 tel. 040 – 399 5242/5161  
 maternita@asugi.sanita.fvg.it

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 recapito telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

dipendente dell'ASUGI matricola \_\_\_\_\_

con contratto  a tempo indeterminato  a tempo determinato  a tempo pieno  a tempo parziale

con il profilo professionale di \_\_\_\_\_  
 in servizio presso la struttura \_\_\_\_\_ (tel. lavoro \_\_\_\_\_)

SEDE \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere esonerata dai turni di lavoro notturno** ai sensi di quanto disposto dall'art. 53 del D.Lgs. 26/03/2001, n. 151,  
 dal \_\_\_\_\_ **sino al compimento del terzo anno di età del figlio/a** (cognome e nome)  
 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A tale riguardo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze previste in caso di  
 dichiarazioni mendaci (art. 76 del medesimo DPR) **DICHIARA**

che l'altro genitore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 dipendente presso \_\_\_\_\_  
 con sede in via \_\_\_\_\_

non usufruisce dello stesso beneficio.

**N.B.:** Si precisa che la richiesta di esonero dal lavoro notturno include anche il servizio di pronta disponibilità notturna.

Trieste, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_

	DATA	FIRMA (leggibile)
<b>Responsabile del dipendente</b> <b>(Coordinatore/Dirigente/Direttore)</b> (per presa visione)		
<b>Direzione Sanitaria/</b> <b>Direzione Infermieristica/</b> <b>Direzione Amministrativa</b> (per presa visione)		