

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)
Responsabile del dipendente (Coordinatore/Dirigente/Direttore) (per presa visione)		
Direzione Sanitaria/ Direzione Infermieristica/ Direzione Amministrativa (per presa visione)		