

**ATTESTATO A CURA DEL DATORE DI LAVORO**  
**(DIRIGENTE DEL SETTORE/UFFICIO/SERVIZIO/CIRCOSCRIZIONE \_\_\_\_\_)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Dirigente \_\_\_\_\_  
 del \_\_\_\_\_

Vista l'istanza presentata dalla lavoratrice in data \_\_\_\_\_.

Vista l'autocertificazione resa nella pagina 1 del presente modello;

Ritenuto che l'attività lavorativa ordinariamente prestata dalla lavoratrice in questione non comporta/comporta (barrare la dizione che non interessa) l'esposizione della stessa a tipologie di rischio che ai sensi del D. Lgs. n.626/94 comportino l'obbligo di sottoporre la lavoratrice a sorveglianza sanitaria in quanto la stessa svolge le seguenti mansioni (se l'attività prestata prevede l'uso di video terminali indicare il numero di ore giornaliere di utilizzo specificando se continuativo e abituale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Valutato il rispetto della normativa prevista dal D. Lgs. n.151/2000 a tutela della maternità e, in particolare, degli artt.7, 11 e 12 dello stesso

**ATTESTA**

che la lavoratrice Sig.ra \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_ non è soggetta a sorveglianza sanitaria/è soggetta a sorveglianza sanitaria (barrare la dizione **che non interessa**, opponendo la sigla sulla parte barrata).

**DATA**

**FIRMA DEL DIRIGENTE**

\_\_\_\_\_

-----  
 (parte da compilare a cura del medico competente nel caso in cui la lavoratrice sia soggetta a sorveglianza sanitaria)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ medico competente in caricato dal Comune di Palermo, vista l'istanza della lavoratrice \_\_\_\_\_ e le contestuali dichiarazioni (riportate a pag.1 del presente modello) rilasciate dalla stessa;

Vista la superiore attestazione del datore di lavoro;

Vista la certificazione rilasciata dallo specialista ginecologo e riportate nella pagina successiva,

**CERTIFICA**

Che le mansioni svolte dalla lavoratrice \_\_\_\_\_, l'orario e l'ambiente di lavoro, nonché la modalità di raggiungimento del posto di lavoro sono compatibili con la stato di gravidanza e che, pertanto, la stessa può continuare, **in assenza di variazioni rispetto alla situazione dichiarata**, a svolgere la propria attività lavorativa fino al \_\_\_\_\_

**DATA**

**IL MEDICO COMPETENTE**

\_\_\_\_\_