

**CERTIFICATO MEDICO DI GRAVIDANZA**  
(da compilare a cura del ginecologo abilitato dell'A.S.L. o dell'Azienda Ospedaliera)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
(specificare se convenzionato o dipendente da struttura ospedaliera) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CERTIFICA**

Di aver visitato la Sig.ra \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ lavoratrice socialmente utile del Comune di Palermo in atto utilizzata presso \_\_\_\_\_.

L'interessata dichiara le mansioni, l'orario, l'ambiente di lavoro e le modalità di raggiungimento del posto di lavoro, secondo quanto risulta dalla dichiarazione riportata a pag.1 del presente modello

L'interessata dichiara, inoltre, che l'ultima mestruazione è iniziata il \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ certifica pertanto che dall'esame clinico risultano i seguenti rlievi obiettivi per la diagnosi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(\* In base ai dati sopra esposti, vista anche l'attestazione del datore di lavoro di cui a pag.2 del presente modello, secondo cui la lavoratrice in questione non è soggetta ad obbligo di sorveglianza sanitaria, si ritiene che l'interessata che attualmente si trova al \_\_\_\_\_ mese di gravidanza e che presumibilmente partorerà il \_\_\_\_\_ possa posticipare la data di inizio di astensione obbligatoria al \_\_\_\_\_.

**DATA**

**IL MEDICO**  
\_\_\_\_\_

**(\* da non compilare e da annullare nel caso in cui la lavoratrice sia soggetta a sorveglianza sanitra**