



POLITECNICO
MILANO 1863

AUTODICHIARAZIONE PER FLESSIBILITA' MATERNITA'

La sottoscritta:

Nome: _____

Cognome: _____

Luogo di nascita: _____, Prov.: _____

Data di nascita: _____

Mansione/attività esercitata in Politecnico: _____
(PTA, Tecnico laboratorio, Assegnista, Dottoranda, Ricercatore, Prof. Ass.to, etc.)

E-mail presso la quale ricevere il certificato: _____

A tal fine dichiara di essere sottoposta ai seguenti rischi durante l'attività lavorativa:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Videoterminali (> 20 ore/settimana) | <input type="checkbox"/> | 4) Radiazioni ionizzanti | <input type="checkbox"/> |
| 2) Chimico | <input type="checkbox"/> | 5) Laser | <input type="checkbox"/> |
| 3) Biologico | <input type="checkbox"/> | 6) Lavori in quota | <input type="checkbox"/> |
- 5) Altri rischi che possano pregiudicare la salute della gravida o del nascituro: _____

Dichiara inoltre l'assenza di controindicazioni allo stato di gestazione riguardo alle modalità per il raggiungimento del posto di lavoro.

Dichiara che la data presunta del parto è _____

Inverrà certificato del proprio ginecologo di fiducia, da struttura pubblica o convenzionata
(Datato NON PRIMA della 29ª settimana di gestazione)

In fede,

Firma: _____

DA COMPILARE ED INVIARE INSIEME AL CERTIFICATO DEL GINECOLOGO (DI STRUTTURA PUBBLICA O CONVENZIONATA)