



Allegato A

Alla c.a.
del Medico competente di Ateneo
medico.competente@uniud.it

Oggetto: invio certificato medico di gravidanza.

La sottoscritta (Cognome e Nome) _____
nata a (Comune, Provincia, Stato) _____
in servizio presso (struttura dell'Ateneo) _____
cellulare _____, indirizzo email _____,

dichiara di essere in stato di gravidanza alla _____ settimana di gestazione
e comunica che la data presunta del parto (dpp) è il _____ e che la 30^a settimana
di gestazione sarà dal giorno _____ al giorno _____.

Dichiarazione:

Io sottoscritta _____ (Cognome e Nome)

- presto il mio consenso, fatto salvo quanto previsto dall'art. 24 del D.Lgs. n. 196/2003, a che i miei dati personali vengano raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per cui la presente dichiarazione viene resa;
- sono consapevole di essere soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi o esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000);
- sono consapevole di decadere dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (art. 71 e 75 D.P.R. 445/2000)

Luogo e data _____ **Firma** _____

Allegati: certificato medico di gravidanza