

**Al Direttore Generale ASP  
c/o Azienda Sanitaria Locale n. 6  
88046 LAMEZIA TERME**

e, p.c.

**Al Direttore Sanitario  
Ospedale di Lamezia Terme**

**Al Direttore/Responsabile  
U.O. di \_\_\_\_\_**

**OGGETTO:** Domanda di esonero dal lavoro notturno ex art. 53, comma 2 lett.a), del D. Lgs. n. 151/2001.

\_\_\_\_ l \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
dipendente di codesta Azienda con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato in qualità di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere esonerata dalla prestazione di lavoro notturno ex art. 53 del Decreto Legislativo 26 marzo 2001 n. 151, in quanto madre di un bambino di età inferiore a tre anni.

A tal fine allega alla presente:

- certificato di nascita o altra certificazione da cui risulti la maternità ovvero dichiarazione sostitutiva;

**Per presa visione Direttore/Responsabile**

**U.O. di \_\_\_\_\_**

Lamezia Terme, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_