**AZIENDA SANITARIA 02 Lanciano-Vasto-Chieti**

**Domanda di Estensione del Congedo di Maternità**

**Ai sensi dell’art.17 del D.L.vo n.151/2001 e del D.M. 12.07.2007**

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ si impegna a comunicare al Distretto Sanitario di Lanciano

eventuale interruzione di gravidanza, presentando relativo certificato medico.

Lanciano, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_