

**Azienda U.S.L. 2 Lucca**  
**U. F. Prevenzione e sicurezza nei**  
**Luoghi di Lavoro**  
**Zona** \_\_\_\_\_  
**Via** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Oggetto:** *D.Lgs.N°151 del 26/03/2001 art.12 comma 2“Tutela della Lavoratrici Madri”:* dichiarazione del datore di lavoro o suo sostituto riguardo all'attività lavorativa svolta dalla dipendente,

Sig.ra.....

...I... sottoscritt... nat... a .....

il ..... residente a.....

via .....

in qualità di .....

dell'Ente/Ditta.....

con sede in .....Tel. ....

dichiara che la Sig.ra.....

nata il.....a.....residente a.....

Via.....

dipendente di questa unità locale, addetta alla attività lavorativa/mansione di:.....

.....  
attualmente in stato di gravidanza, non può essere spostata ad altra mansione per motivazioni inerenti all'organizzazione aziendale, non potendosi escludere che nelle varie postazioni di lavoro si presenti la necessità di effettuare operazioni che comportano rischi di natura chimica, fisica, biologica, spostamento manuale di pesi, o prolungata stazione eretta.

Data.....

Il datore di lavoro, o suo sostituto (timbro e firma)

ata.....