



DOMANDA DI CONGEDO PER MATERNITÀ (ASTENSIONE OBBLIGATORIA)
LAVORATRICI / LAVORATORI DIPENDENTI (artt. 16 e 17 T.U. Maternità - Decreto n.151/2001)
(modulo di domanda utilizzabile anche dai lavoratori dipendenti: vedi avvertenze punto 1/b)

ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Sede di

ALL'AZIENDA

INDIRIZZO (Via, piazza, N. Civico)

CAP

COMUNE

PROV.

A DATI DEL / DELLA RICHIEDENTE					
COGNOME		NOME			
SESSO	DATA DI NASCITA	COMUNE O STATO ESTERO DI NACITA		PROV.	CODICE FISCALE
INDIRIZZO (Via, piazza, N. Civico)				CAP	
COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	TELEFONO		

IL / LA SOTTOSCRITTO / A CHIEDE
di fruire del congedo di maternità (astensione obbligatoria dal lavoro) per il previsto periodo
e della relativa indennità (V. AVVERTENZE IMPORTANTI)

B IL / LA SOTTOSCRITTO / A DICHIARA		
di essere titolare di un valido rapporto di lavoro		
DAL	DITTA	Matricola Aziendale
INDIRIZZO (Via, piazza, N. Civico)		PROV. COMUNE
DAL	DITTA	Matricola Aziendale
INDIRIZZO (Via, piazza, N. Civico)		PROV. COMUNE
di essere licenziato/a (o anche dimissionario/a) dal		
di essere utilizzato/a (compilare anche rigo precedente) in A.S.U. (Attività socialmente utile) A.P.U. (Attività di pubblica utilità) dal		
al (se licenziata/o anteriormente, compilare anche la voce precedente)		
di essere sospeso/a dal		
Settore di attività		
Industria, Artigianato, o Terziario o Servizi (già Commercio), Credito, Assicurazioni, Servizi tributari appaltati		
Servizi domestici e familiari		Cooperative (socia/o lavorat) Lavoro a domicilio
Spettacolo a tempo indeterminato		Spettacolo a tempo determinato o a prestazione o a giornata, ecc.
Agricoltura, con contratto a tempo indeterminato		
Agricoltura, con contratto a tempo determinato con iscrizione negli elenchi dei lavoratori agricoli del Comune di:		
		nell'anno per gg.
Altro (indicare)		
con qualifica di:	Operaio/a	Impiegato/a Apprendista
di non essere/ di essere parente (figlio/a, sorella, fratello, nipote) o affine (nuora/genero o cognata) o moglie/marito del datore di lavoro		
indicare il rapporto di parentela o affinità		
che, pur abitando stabilmente all'indirizzo indicato al quadro A, la "residenza anagrafica" risulta		
COMUNE		CAP PROV. INDIRIZZO(Via, civico)

N.B.: Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano

C	CERTIFICATO MEDICO DI GRAVIDANZA (da compilare a cura del ginecologo abilitato dell'ASL o dell'Azienda Ospedaliera)		
	Io sottoscritto Dott. _____ certifico di aver visitato la Sig.ra _____ nata il _____ a _____ DATA DI NASCITA _____ COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA _____ PROV. _____ L'interessata dichiara: L'ultima mestruazione è iniziata il _____ i movimenti attivi del feto si sono manifestati _____ circa il _____ I primi fenomeni connessi alla gravidanza si sono manifestati circa il _____ Dall'esame clinico risultano i seguenti rilievi obiettivi per la diagnosi _____ In base ai dati sopra esposti, ritengo che l'interessata si trovi al _____ mese di gravidanza e che il parto avverrà presumibilmente _____ e _____ il _____ Data _____ Firma e timbro del medico _____		

D	FLESSIBILITA' DEL CONGEDO DI MATERNITA' (art. 20 T.U. Maternità)	
	La sottoscritta chiede _____ di avvalersi della facoltà di usufruire della flessibilità del congedo di maternità per un totale di n. _____ giorni di anticipazione, _____ giorni che saranno quindi fruiti dopo la scadenza del normale periodo (3 mesi) di astensione obbligatoria dopo il parto. A tal fine _____ dichiara _____ di essere stata posta / non essere stata posta in maternità con provvedimento di interdizione anticipata dal lavoro da parte del competente Servizio ispettivo del Ministero del lavoro, ai sensi dell'art. 17 del T.U. sulla Maternità (già art. 5 della legge 1204/71), per il periodo dal _____ al _____	

E	MODALITA' DI PAGAMENTO (solo per pagamenti diretti INPS: disoccupati/sospesi, operai agricoli, lavoratori domestici, lavoratori stagionali a termine, lavoratori spettacolo a tempo determinato o a prestazione)		
	IN EURO _____ ASSEGNO CIRCOLARE _____ ACCREDITO SUL CONTO CORRENTE BANCARIO _____ (Indicare le coordinate bancarie nelle caselle sottostanti) (1) CIN _____ CODICE BANCA _____ CODICE CAB _____ CODICE CLIENTE _____ (1) I dati possono essere rilevati dall'estratto conto bancario		

N.B.: Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano

F DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

tutte le lavoratrici: certificato medico di gravidanza (se non compilato il quadro C)

per lavoratrici/tori agricole/i non ancora registrate/i negli elenchi nominativi: certificato di iscrizione d'urgenza

per lavoratrici/tori a domicilio: dichiarazione dell'Azienda (o delle Aziende) da cui risulti la data di riconsegna di tutte le merci ed il lavoro affidato, anche se non ultimato

per lavoratrici/tori in astensione anticipata dal lavoro: autorizzazione rilasciata dalla Direzione Provinciale del Lavoro – Servizio Ispezione del Lavoro.

per lavoratrici/tori che hanno adottato o avuto in affidamento un bambino:

Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente da cui risulti la data di effettivo ingresso del bambino in famiglia.

Adozioni internazionali (Legge 31/12/1998 n. 476): certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" presso il giudice italiano e la data di inserimento del minore presso i coniugi affidatari o i genitori adottivi.

per lavoratrici/tori che richiedono la flessibilità (vedi riquadro D): attestazione sanitaria del ginecologo e del medico aziendale responsabile della sorveglianza sanitaria o dichiarazione del datore di lavoro che nell'azienda non esiste l'obbligo di sorveglianza sanitaria o che per il tipo di lavoro svolto non esiste tale obbligo.

Altro (indicare)

G DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiaro di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa posso subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione. Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento. Mi impegno a presentare, dopo il parto, un certificato di assistenza al parto o certificato sostitutivo. In caso di adozione o affidamento internazionali mi impegno altresì a presentare, non appena possibile, copia del provvedimento del giudice italiano che confermi la validità dell'adozione o affidamento straniero e sono consapevole che la mancata presentazione della documentazione suddetta entro sei mesi (se il procedimento non sarà ancora concluso presenterà apposita autocertificazione) comporta la restituzione dell'indennità di maternità.

La/Il sottoscritto/a autorizza l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale al trattamento dei propri dati personali per finalità strettamente connesse con la trattazione della presente domanda.

Data

Firma

Preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali. Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta non consento a quanto indicato ai punti Consapevole delle conseguenze penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiaro di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa posso subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione. Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

Data

Firma _____

H	SCELTA DEL PATRONATO
---	----------------------

La/Il sottoscritta/o delega il Patronato presso il quale elegge domicilio ai sensi dell'art.47 del Codice Civile, a rappresentarla/o ed assisterla/o gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.C.P.S. 29/7/1947, n.804 e successive modificazioni ed integrazioni, nei confronti dell'INPS per la trattazione della pratica relativa alla presente domanda. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Data

Firma _____

Timbro del patronato e codice

Firma dell'operatore dell'Ente di Patronato

numero pratica

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) SOGGETTI AVENTI DIRITTO:

- a) Lavoratrici madri per le quali risulti dovuto il contributo per l'assicurazione obbligatoria di maternità:
 - con attività lavorativa in atto (per le agricole e le addette ai servizi domestici, sono richiesti requisiti differenti di attività lavorativa), dipendenti da privati datori di lavoro
 - disoccupate o sospese entro 60 giorni dalla cessazione o sospensione
 - disoccupate con diritto all'indennità di disoccupazione
 - disoccupate non assicurate contro la disoccupazione, sempreché il periodo di maternità inizi entro 180 giorni dal licenziamento e risultino a loro favore almeno 26 contributi settimanali nell'ultimo biennio
 - sospese con diritto all'integrazione salariale
 - lavoratrici impegnate in A.S.U./A.P.U.22 (Attività socialmente utile/Attività di pubblica utilità)
- b) Lavoratori padri, in possesso dei requisiti indicati alla lett. a): hanno diritto a 3 mesi dopo il parto in caso di grave infermità o morte della madre o abbandono del bambino da parte della madre o affidamento esclusivo al padre (art. 28 T.U. Maternità). Per la richiesta può essere utilizzato il presente modulo allegando la documentazione necessaria.
- c) Genitori adottanti o affidatari, in possesso dei requisiti indicati alla lett. a): madri o padri (nel caso in cui la madre abbia rinunciato -se ne aveva diritto- a fruirne o sia deceduta, oppure il bambino gli sia affidato in via esclusiva) per i 3 mesi successivi alla data di effettivo ingresso in famiglia, del bambino di età non superiore a 6 anni (per le adozioni nazionali) e non superiore a 18 anni (per le adozioni internazionali).

2) PERIODI DI CONGEDO E MISURA DELL'INDENNITÀ:

- a) **Periodo normale:** 2 mesi precedenti la data presunta del parto (più l'eventuale periodo intercorrente tra data presunta e data effettiva del parto) e 3 mesi successivi al parto, fatti salvi ulteriori periodi per anticipazioni o prolungamenti disposti dalla Direzione Provinciale del Lavoro, Servizio Ispezione del Lavoro.
- b) **Flessibilità** (v. punto 3., lett. c): anche soltanto il mese precedente la data presunta del parto (anziché i due mesi precedenti), con spostamento dell'astensione non fruito prima del parto al periodo successivo al parto, che pertanto, potrà essere prolungato fino a 4 mesi di congedo.
- c) **Parto prematuro:** i giorni non goduti di astensione precedente i due mesi la data presunta del parto si aggiungono ai tre mesi successivi al parto (non sono riconoscibili i giorni precedenti i due mesi suddetti).
- d) **Misura:** 80% della retribuzione in tutti i casi.

3) DOCUMENTAZIONE:

- a) La **certificazione di gravidanza** può essere anche rilasciata da medici diversi da quello indicato al quadro C, ma in questo caso è facoltà del datore del lavoro o dell'Inps accettare i certificati stessi ovvero richiederne la regolarizzazione alla lavoratrice interessata (art. 76 T.U. Maternità).
 - b) Entro 30 giorni dalla data del parto dovrà essere presentato il "**certificato di assistenza al parto**" o "stato di famiglia" o "dichiarazione sostitutiva" da cui risultino le generalità del bambino e lo stato di genitore dello stesso da parte della/del richiedente con le proprie generalità o eventuale documentazione attestante l'aborto (che non dà diritto a trattamenti di maternità, ma se del caso, a quello di malattia, per la durata dell'incapacità al lavoro).
 - c) Nel caso di **flessibilità** (vedi quadro D) sono necessarie le seguenti attestazioni rilasciate dal:
 - * **ginecologo del SSN o con esso convenzionato** (da compilare nel corso del settimo mese di gravidanza) in cui devono essere riportati:
 - le generalità dell'interessata, le indicazioni sul datore di lavoro e la sede dove la stessa presta il proprio lavoro e sulle mansioni alle quali è addetta;
 - l'assenza di condizioni patologiche che configurino situazioni a rischio per la salute della lavoratrice e del nascituro al momento della richiesta;
 - il venir meno delle cause che abbiano in precedenza portato ad un provvedimento della competente Direzione Provinciale del Lavoro, Servizio Ispezione del Lavoro, di interdizione anticipata ai sensi dell'art.17, comma 2, lett a), del T.U. Maternità;
 - l'assenza di controindicazioni allo stato di gestazione riguardo alle modalità per il raggiungimento del posto di lavoro (solo qualora non sia previsto in azienda l'obbligo di sorveglianza sanitaria sul lavoro e sulla base delle informazioni fornite dalla lavoratrice sull'attività svolta);
 - * **medico aziendale responsabile della sorveglianza sanitaria** (Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n. 626) in cui devono essere riportati:
 - il venir meno delle cause che abbiano in precedenza portato ad un provvedimento della competente Direzione Provinciale del Lavoro, Servizio Ispezione del Lavoro, di interdizione anticipata ai sensi dell'art.17, comma 2, lett. b) e c), del T.U. Maternità;
 - l'assenza di pregiudizio alla salute della lavoratrice e del nascituro derivante dalle mansioni svolte, dall'ambiente di lavoro e/o dall'articolazione dell'orario di lavoro previsto
 - l'assenza di controindicazioni allo stato di gestazione riguardo alle modalità per il raggiungimento del posto di lavoro;
- ovvero
- dichiarazione del datore di Lavoro che in azienda o per le attività svolte dalla lavoratrice interessata non esiste l'obbligo di sorveglianza sanitaria sul lavoro ai sensi del Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n. 626.



RICEVUTA DI
DOMANDA DI CONGEDO PER MATERNITÀ (ASTENSIONE OBBLIGATORIA)
LAVORATRICI / LAVORATORI DIPENDENTI (artt. 16 e 17 T.U. Maternità - Decreto n.151/2001)

SEDE INPS DI

SIG.

ha presentato oggi la domanda di congedo per maternità (astensione obbligatoria dal lavoro) e/o di flessibilità.

DATA

FIRMA DELL'IMPIEGATO ADDETTO

I nominativi del responsabile del procedimento e del responsabile del provvedimento possono essere rilevati dagli appositi avvisi esposti nei locali della Sede dell'INPS.