



Mod. MAT.  
ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE  
Sede di \_\_\_\_\_

ALL'AZIENDA \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI CONGEDO PER MATERNITÀ (ASTENSIONE OBBLIGATORIA)  
LAVORATRICI DIPENDENTI**  
(artt.4 e 5 Legge 1204 del 30/12/1971)

Quadro A		DATI DELLA RICHIEDENTE		
<input type="text"/> <small>COGNOME DI NASCITA</small>		<input type="text"/> <small>NOI ME</small>	nat_ il <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>GIORNO MESE ANNO</small>	Sesso (M o F) <input type="checkbox"/>
a <input type="text"/> <small>COMUNE</small>	<input type="text"/> <small>PROV</small>	<input type="text"/> <small>CODICE FISCALE</small>		
indirizzo <input type="text"/> <small>COMUNE</small>	<input type="text"/> <small>FRAZIONE / LOCALITÀ</small>			
Via <input type="text"/>	n. <input type="text"/>	tel. <input type="text"/>		

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

Quadro B	LA SOTTOSCRITTA DICHIARA
<input type="checkbox"/>	di essere titolare di un valido rapporto di lavoro dal _____ Ditta _____ via _____ n. _____ Città _____ matricola aziendale _____ dal _____ Ditta _____ via _____ n. _____ Città _____ matricola aziendale _____
<input type="checkbox"/>	di essere licenziata (o dimissionaria) dal _____
<input type="checkbox"/>	di essere utilizzata (compilare anche rigo precedente) in A.S.U.(Attività socialmente utile)/A.P.U. (Attività di pubblica utilità) dal _____ al _____ ( <i>se licenziata anteriormente, compilare anche la voce precedente</i> )
<input type="checkbox"/>	di essere sospesa dal _____
<b>Settore di attività:</b>	
<input type="checkbox"/>	Industria, Artigianato, o Terziario o Servizi ( <i>già Commercio</i> ), Credito, Assicurazioni, Servizi tributari appaltati
<input type="checkbox"/>	Servizi domestici e familiari
<input type="checkbox"/>	Cooperative ( <i>socia lavoratrice</i> )
<input type="checkbox"/>	Lavoro a domicilio
<input type="checkbox"/>	Spettacolo a tempo <b>indeterminato</b>
<input type="checkbox"/>	Spettacolo a tempo <b>determinato</b> o a prestazione o a giornata, ecc.
<input type="checkbox"/>	Agricoltura, con contratto a tempo <b>indeterminato</b>
<input type="checkbox"/>	Agricoltura, con contratto a tempo <b>determinato</b> con iscrizione negli elenchi dei <b>lavoratori agricoli</b> del Comune di _____ nell'anno _____ per gg. _____
<input type="checkbox"/>	Altro ( <i>indicare</i> ) _____
con qualifica di: <input type="checkbox"/> Operaia <input type="checkbox"/> Impiegata <input type="checkbox"/> Apprendista	
<input type="checkbox"/>	di essere/non essere parente (figlia, sorella, nipote) o affine (nuora o cognata) o moglie del datore di lavoro indicare il rapporto di parentela o affinità _____
<input type="checkbox"/>	che, pur abitando stabilmente all'indirizzo indicato al quadro A, la "residenza anagrafica" risulta nel Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ Via _____

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

segue

Quadro C	<b>CERTIFICATO MEDICO DI GRAVIDANZA</b> (da compilare a cura del ginecologo dell'ASL o dell'Azienda Ospedaliera)
IO SOTTOSCRITTO DOTTOR _____ CERTIFICO DI AVER VISITATO LA SIGNORA _____ NATA IL _____ A _____ L'INTERESSATA DICHIARA: L'ULTIMA MESTRUAZIONE E' 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 SOPRAESPOSTI, RITENGO CHE L'INTERESSATA SI TROVI AL _____ MESE DI GRAVIDANZA E CHE IL PARTO AVVERRA' PRESUMIBILMENTE IL _____	
DATA _____	FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO _____

Quadro D	<b>FLESSIBILITA' DEL CONGEDO DI MATERNITA'</b> (art. 12, comma 1, Legge n. 53 dell'8/3/2000)
<i>La sottoscritta chiede</i>	
<b>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</b>	
<i>dichiara</i>	
di essere stata posta / non essere stata posta in maternità con provvedimento di interdizione anticipata dal lavoro da parte della competente Direzione Provinciale del Lavoro – Servizio Ispezione del Lavoro – ai sensi dell'art. 5 della Legge n. 1204/71	
per il periodo dal _____ al _____	

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

Quadro F	<b>DOCUMENTAZIONE ALLEGATA</b>
<input type="checkbox"/>	<b>tutte le lavoratrici:</b> certificato medico di gravidanza (se non compilato il quadro C)
<input type="checkbox"/>	<b>per lavoratrici agricole</b> non ancora registrate negli elenchi nominativi: certificato di iscrizione d'urgenza
<input type="checkbox"/>	<b>per lavoratrici a domicilio:</b> dichiarazione dell'Azienda (o delle Aziende) da cui risulti la data di riconsegna di tutte le merci ed il lavoro affidatole, anche se non ultimato
<input type="checkbox"/>	<b>per lavoratrici in astensione anticipata dal lavoro:</b> autorizzazione rilasciata dalla Direzione Provinciale del Lavoro – Servizio Ispezione del Lavoro.
<input type="checkbox"/>	<b>per lavoratrici che hanno adottato o avuto in affidamento un bambino:</b> <u>Adozioni nazionali:</u> 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. <u>Adozioni internazionali</u> (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.
<input type="checkbox"/>	<b>per lavoratrici che richiedono la flessibilità</b> (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.
<input type="checkbox"/>	Altro (indicare) _____

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

segue

Quadro G	DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
<p>La sottoscritta, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le indennità, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero e <b>si impegna a rendere note tempestivamente le eventuali variazioni</b> delle notizie o delle situazioni dichiarate. Si impegna a presentare, dopo il parto, un certificato di assistenza al parto o certificato sostitutivo.</p> <p>In caso di adozione o affidamento internazionali la sottoscritta si impegna altresì a presentare, non appena possibile, copia del provvedimento del giudice italiano che confermi la validità dell'adozione o affidamento straniero ed è 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.</p> <p>La sottoscritta autorizza l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale al trattamento dei propri dati personali per finalità strettamente connesse con la trattazione della presente domanda.</p>	
Data _____	Firma _____

Quadro H	SCELTA DEL PATRONATO
<p>La sottoscritta delega il Patronato _____ presso il quale elegge domicilio ai sensi dell'art.47 del Codice Civile, a rappresentarla ed assisterla 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.</p>	
Data _____	Firma _____
_____	_____
Timbro del patronato e codice	Firma dell'operatore dell'Ente di Patronato
	_____ numero pratica

V. Avvertenze importanti sul retro

## 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, semprechè 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. (*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. 13 della legge n. 53/2000).  
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. 30, legge 1204/71).
- 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 madre dello stesso da parte della 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. 5, lettera a) della Legge 1204/71;
    - 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. 5, lettere b) e c) della Legge 1204/71;
    - 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

Mod.MAT.

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

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

Timbro datario INPS e firma