

ALLEGATO 9

Roma, _____

All' Area Affari Generali
Ufficio Ricerca

Prot. _____

All' Area del Personale
Divisione Lavoro Autonomo ed Assimilato
Ufficio Collaboratori, Lavoro Autonomo,
Anagrafe delle prestazioni

L O R O S E D I

Oggetto: **PRESA DI SERVIZIO ASSEGNISTA DI RICERCA**

Con la presente si comunica che il/la

Dott./Dott.ssa _____

codice fiscale _____

titolare di assegno di ricerca dal 01 / ___ / _____ fino al ___ / ___ / _____ presso
codesto Dipartimento:

ha preso servizio in data ___ / ___ / _____

Il Direttore del Dipartimento

L'assegnista di Ricerca

Informazione obbligatoria in caso di gravidanza delle titolari di assegno di ricerca:

Ai sensi del D.Lgs 81/2008 *Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro* e del D.Lgs 151/2001 *Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53* l'assegnista di ricerca prende atto che nell'ambiente di lavoro ove presta servizio esistono per le donne in stato di gravidanza rischi specifici coinvolgenti talune mansioni e/o attività di laboratorio. E' pertanto consapevole che, comunicando in forma riservata tale condizione al Direttore Dipartimento e/o Referente della ricerca, potrà ricevere informazioni personalizzate sui rischi e avrà diritto a specifiche cautele e/o limitazioni nello svolgimento delle proprie mansioni.