*All. 3. Da compilare ad opera del Dirigente/Tutor/RDRL*

Carta intestata

Al medico competente

U.P. Medicina del Lavoro

*Centro di Ateneo per la tutela e promozione della salute e sicurezza*

Via P. Palagi, 9

40138 Bologna

[*servmedlav.medicinadellavoro@unibo.it*](mailto:servmedlav.medicinadellavoro@unibo.it)

**Oggetto: Proposta di un programma di lavoro alternativo per la tutela della lavoratrice in gravidanza**

Firma del Dirigente/RDRL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_