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

Carta intestata

Al medico competente

U.O. Medicina del Lavoro

*Servizio di Medicina del Lavoro, di Prevenzione e Protezione e di Fisica Sanitaria*

Via P. Palagi, 9

40138 Bologna

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

Firma del Dirigente/RDRL

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