Assenze per malattia grave patologia effetti collaterali alle terapie salvavita
(art. 38, commi 3-4 CCNL 2018)

AL SIG. DIRIGENTE
S E D E

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio

presso questo Ufficio in qualità di _____,

chiede la concessione di

- **giorni**_____ di assenza per malattia determinata da effetti collaterali dei **cicli/terapie salvavita come da allegato certificato medico rilasciato dalla struttura medica che ha effettuato la terapia o dall'organo medico competente.**

(Si riserva di allegare <u>singole</u> attestazioni di presenza, anche in ordine all'orario, redatte dal medico o da personale della struttura)

Sassari, _____

Firma _____

V°, Il Responsabile del Settore _____

IL DIRIGENTE,

letta la richiesta di assenza, imputata a malattia per incapacità lavorativa dovuta agli effetti collaterali delle terapie salvavita

☐ viste le attestazioni trasmesse/prodotte dal medico della struttura sanitaria e/o dal lavoratore, che confermano i giorni

CONCEDE

i sopraindicati giorni _____di assenza per malattia per effetti collaterali delle terapie salvavita.

Il predetto periodo è escluso dal computo dei giorni di assenza per malattia e dà diritto all'intero trattamento economico ed accessorio.

Sassari, _____ IL DIRIGENTE