N°_____/200__ R. Ass.

Assenze per malattia per gravi patologie richiedenti terapie salvavita
(art. 38, comma 1 CCNL 2018)

Al Sig. Dirigente Amministrativo
S E D E

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso questo Ufficio in qualità di _____,

comunica

l'assenza dal servizio di gg. _____, per effettuare terapia salvavita, dal _____

al _____, in relazione a grave patologia.

Allega:

- certificazione medica attestante la sussistenza di grave patologia che richiede terapia salvavita.

Si riserva di allegare la prescritta certificazione (*rilasciata da struttura competente: ASL o struttura convenzionata)* sanitaria attestante l'effettuazione della terapia salvavita.

Sassari,_____ _____

V°, Il Responsabile del Servizio _____

Il Dirigente,

letta la comunicazione di assenza per patologia grave che richiede terapia salvavita dal _____al _____;

viste le certificazioni mediche prodotte dal lavoratore,

AUTORIZZA

il sopraindicato periodo di assenza per l'effettuazione della terapia 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 AMMINISTRATIVO

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzata, solo per tale scopo, ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.