

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "Gino Rossi Vairo"
Agropoli (SA)

Oggetto: Domanda di assenza per gravi patologie.

L sottoscritt_ _____ nat_ il _____ a _____
in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di _____
con contratto di lavoro a _____,

COMUNICA

l'assenza dal lavoro per malattia determinata da terapia invalidante connessa a grave patologia, così come certificata da (specificare il soggetto certificante)

Per il periodo dal _____ al _____
dal _____ al _____

RICHIEDE

che tali periodi di malattia siano soggetti ai benefici previsti all'art. 17 co. 9 del CCNL del 27 novembre 2007.

Si allega (barrare la tipologia):

- Certificato di dimissione per ricovero ospedaliero o in day ospital da cui si rileva anche che il Ricovero è collegato a una grave patologia.
(rilasciato dalla struttura sanitaria – Azienda Ospedaliera – Azienda Sanitaria Locale o convenzionata)
- N. _____ certificati del medico curante del S. S. N. o certificati di dimissione da strutture di ricovero dai quali si rileva che i giorni di malattia prescritti sono collegati alla grave patologia diagnosticata e la terapia prescritta è invalidante.

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy)

Tutti i dati personali e sensibili saranno trattati per esclusivi fini istituzionali connessi alla gestione del rapporto di lavoro nel rispetto della normativa vigente.

I dati e certificati trasmessi potranno essere comunicati alla competente Azienda Sanitaria per l'acquisizione del necessario parere medico.

Il mancato invio dei dati richiesti o il rifiuto al trattamento degli stessi da parte del lavoratore comporterà l'impossibilità di riconoscere il presente beneficio.

Agropoli, _____

In fede
