COMUNICAZIONE ASSENZE PER GRAVE PATOLOGIA

Al Dirigente Scolastico
IPSSS "PERTINI"
Via Vesalio Cagliari

Oggetto: Comunicazione assenza per grave patologia

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in _____ Prov. _____

via _____ C.A.P. _____ assunto a _____

in qualità di _____ presso _____

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 _____ e fino al _____

RICHIEDE

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

Si allega (barrare la tipologia):

☐ Certificato di dimissione per ricovero ospedaliero o in day hospital da cui si rileva anche che il ricovero è collegato a una grave patologia.
(rilasciato dalla struttura sanitaria – Azienda Ospedaliera, Azienda Sanitaria Locale, struttura 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 Locale 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.

Data _____

Firma
_____