**RICHIESTA MALATTIA PER GRAVE PATOLOGIA**

Il/la sottoscritt in servizio presso questo Istituto in qualità

 di con contratto a tempo [ ]  determinato [ ]  indeterminato

**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 dal al

**RICHIEDE**

che tali periodi di malattia siano soggetti ai benefici previsti all’art. 17 comma 9 CCNL 2007 e all’art. 71 comma 1 - Decreto legge 112/2008 convertito Legge 133/2008.

Si allega:

Data Firma

(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 NOTA BENE: Il certificato medico deve contenere la dicitura che “Il richiedente è affetto da Tale quadro morboso è da considerarsi

GRAVE PATOLOGIA a norma di legge. La terapia che la patologia rende necessaria, prescritta in sede specialistica, giustifica l’assenza dal servizio nelle giornate dal..................al in quanto temporaneamente e/o parzialmente invalidante”