



## MODULO RICHIESTA PERMESSI - ULTERIORI 10 ORE ANNUE - PER VISITE, ESAMI STRUMENTALI E CURE MEDICHE

(Art. 2 – Legge 18 luglio 2025, n. 106)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro:  tempo pieno  part-time n. ore \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

*di poter fruire delle ulteriori dieci (10) ore annue di permesso previste dall'art. 2 della Legge 18 luglio 2025, n. 106, per visite mediche, esami strumentali, analisi chimico – cliniche e microbiologiche e cure mediche frequenti.*

*I permessi sono fruibili esclusivamente ad ore intere e non per frazioni di ore.*

### MODALITA' DI UTILIZZO DEL PERMESSO

- a giornata intera in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- oraria in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_.

### DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)

di richiedere il permesso per uno dei seguenti motivi previsti dalla normativa:

- per se stesso/a** in quanto:
- affetto da patologia oncologica in fase attiva o in follow up precoce;
  - affetto da patologia invalidante cronica, anche rara, con invalidità pari o superiore al 74%

- per assistere il proprio figlio/a minorenne:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

- affetto da patologia oncologica in fase attiva o in follow up precoce;
- patologia invalidante cronica, anche rara, con invalidità pari o superiore al 74%.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_

Visto preventivo del responsabile \_\_\_\_\_

## **DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI**

**(Art. 2 – Legge 18 luglio 2025, n. 106)**

### **DOCUMENTAZIONE RICHIESTA**

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere in possesso di:

- prescrizione del medico di medicina generale o un di un medico specialista operante in una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, attestante la necessità di visite, esami o cure rientranti nella fattispecie previste dall'art. 2 della Legge 18 luglio 2025, n. 106.
- verbale invalidità civile pari o superiore al 74%.

Il/La sottoscritto/a **si impegna a produrre successivamente alla fruizione del permesso l'attestazione di presenza rilasciata dalla struttura sanitaria, presso la quale è stata effettuata la visita, l'esame o la prestazione sanitaria.**

Informativa sul trattamento dei dati personali: ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente, in particolare dal Regolamento Europeo n. 2016/679 e dal D.lgs. 196/2003 s.m.i. La informiamo che tutti i dati personali raccolti per l'istruzione del presente procedimento sono inseriti in archivi sia elettronici che cartacei e sono trattati sia con modalità informatiche che analogiche dai soli operatori autorizzati del settore amministrativo che segue il procedimento. I dati non saranno in nessun caso diffusi e verranno utilizzati solo per dar corso ai rapporti già in essere ed agli adempimenti connessi. Il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena con sede in Via Del Pozzo n. 71, 41125 Modena – [affarigenerali@pec.aou.mo.it](mailto:affarigenerali@pec.aou.mo.it). È riconosciuto l'esercizio dei diritti previsti al Capo III del GDPR n.2016/679. Si informa inoltre che i dati personali e particolari, saranno trattati anche nell'ambito dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio ai sensi della normativa vigente mail: [pers.uffassenze@aou.mo.it](mailto:pers.uffassenze@aou.mo.it).