



Servizio Unico Gestione Economico Operativa del Personale

CONGEDO CURE INVALIDO

(ART. 7 D.lgs 119/2011)

Il/la sottoscritto/a _____ dipendente di questa Azienda

a tempo pieno o part-time ad ore _____ con la qualifica di _____

assunto a tempo indeterminato o determinato presso il reparto/servizio di _____

tel. lavoro (interno) _____ tel. casa o cellulare _____

CHIEDE

Di fruire di un periodo di congedo per giorni _____ (massimo **30 giorni** all'anno, anche in maniera frazionata)

a partire dal _____ al _____, per sottoporsi a cure.

A tal fine, ALLEGA:

- Certificato attestante la riduzione della capacità lavorativa in misura superiore al **50%**;
- Certificato del Medico convenzionato con il SSN attestante la **necessità** della cura in relazione all'infermità invalidante riconosciuta.

Il/La sottoscritto/a si impegna a presentare al rientro in servizio la certificazione rilasciata dalla struttura del SSN o a esso convenzionato di adempimento del ciclo di cure richiesto.

Data _____

Firma del dipendente _____

Visto del responsabile _____