

COGNOME  NOME

QUALIFICA  in servizio presso

TELEFONO

RAPPORTO DI LAVORO  TEMPO DETERMINATO  TEMPO INDETERMINATO  PART TIME

CHIEDE

di fruire di un periodo di congedo per gg.

dal  al ,

dal  al ,

dal  al ,

per sottoporsi alle cure di cui al certificato medico.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza delle sanzioni previste dagli art. 483 – 489 – 495 – 496 del Codice Penale per le dichiarazioni ad atti falsi e mendaci, dichiara che le notizie fornite nella presente istanza rispondono a verità

DICHIARA

- Di essere   civile, cui è stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%.
- Di essere a conoscenza che il congedo cure il dipendente ha diritto a percepire il trattamento calcolato secondo il regime economico delle assenze per malattia e non rientra nel periodo di comporto.
- Di presentare, al rientro in servizio, la certificazione rilasciata dalla struttura dove sono state effettuate le cure richieste.

**A tal fine allega la seguente documentazione obbligatoria**

1. certificato rilasciato dal medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica, che individua le cure necessarie e connesse all'infermità invalidante.
2. copia del verbale di riconoscimento della riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%.

(luogo e data)

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)