

**Modello di richiesta di :
Congedo Cure ex art. 7 D.lgs. 119/2011**

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____
QUALIFICA _____ in organico alla SOC/SOS _____
MATRICOLA _____ TELEFONO _____

RAPPORTO DI LAVORO TEMPO INDETERMINATO TEMPO DETERMINATO PART TIME

CHIEDE

di fruire di un periodo di congedo per gg1 . _____

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 artt.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

- a) Di essere mutilato/a o invalido/a civile, cui è stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%.
- b) 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.
- c) 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%.

..... IL DICHIARANTE.....
(luogo e data) (firma per esteso e leggibile)

VISTO del Responsabile

Data _____ Timbro e Firma del Responsabile _____

1 (massimo trenta giorni all'anno fruibili anche in maniera frazionata)