

Domanda di rilascio di attestazione per somministrazione di terapia salvavita

per dipendenti pubblici che entrano nell'ambito di applicazione del contratto collettivo intercompartmentale (CCI) del 12.02.2008

La sottoscritta/Il sottoscritto
Data di nascitaLuogo di nascita
Codice fiscale
Residente a
N. tel.
E-mail o indirizzo posta elettronica certificata (PEC).....
Indirizzo datore di lavoro (Ufficio Personale)
.....

chiede

il rilascio dell'attestazione ai fini di escludere i giorni di assenza per malattia, nei quali sono state somministrate terapie salvavita ed i giorni di assenza ad esse correlati, dal computo dei giorni di assenza per malattia secondo l'articolo 30 del contratto collettivo intercompartmentale (CCI) del 12.02.2008

come pure

contemporaneamente l'invio del parere, senza indicazione di diagnosi e terapie, al datore di lavoro

Allegati (obbligatorio, ulteriori informazioni vedasi foglio informativo):

1. Copia documentazione clinica specialistica da cui risulti **tipo, data di somministrazione e durata della terapia salvavita** somministrata
2. Copia certificati di malattia dei periodi di assenza dal lavoro da valutare
3. Copia documento d'identificazione in corso di validità

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara inoltre di aver preso conoscenza della specifica Informativa sul trattamento dei dati personali finalizzato alla "Domanda di rilascio di attestazione per somministrazione di terapia salvavita".

Data _____ Firma della/del richiedente _____

La presente domanda può essere presentata anche a mezzo fax, posta, comunicazione e-mail o comunicazione e-mail-certificata (PEC).