



COMUNE DI
Cavallino -Treporti
(Provincia di Venezia)

All'Ufficio Personale

e p.c. al Responsabile/Dirigente
del Servizio _____

RICHIESTA DI CONGEDO PER CURE AGLI INVALIDI
(ART. 7 D.Lgs. 119/2011)

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____ dipendente di codesta
amministrazione in qualità di _____ posizione economica _____
in servizio presso _____

CHIEDE

di fruire di un periodo di congedo per gg. _____ (massimo trenta giorni all'anno, anche in maniera frazionata) a partire dal _____ al _____, per sottoporsi a cure.

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.

DICHIARA

- Che il certificato attestante la riduzione della capacità lavorativa in misura superiore al 50% è già in possesso di questa Amministrazione.

Si impegna a presentare al rientro in servizio la certificazione rilasciata dalla struttura del Servizio Sanitario Nazionale o a esso convenzionato di adempimento del ciclo di cure richiesto.
successiva

Firma del/della dipendente

DA TRASMETTERE ALL'UFFICIO PERSONALE