



Al Servizio del Personale

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____
profilo professionale _____ categoria _____
in servizio presso _____ con rapporto di lavoro a tempo
indeterminato/determinato, in regime di tempo pieno/part-time (*) _____
in quanto mutilato/invalido civile con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%,

CHIEDE

Di usufruire di permesso di giorni _____ per sottoporsi a cure in relazione all'infermità invalidante
riconosciuta, dal giorno _____ al giorno _____

Allo scopo si allegano

☐ Verbale clinico-medico deldi cui si allega copia, ove non sia stata già
prodotta agli atti del Servizio in indirizzo e ivi conservata (se agli ATTI: ☐)

☐ Richiesta del medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o appartenente ad
una struttura sanitaria pubblica.

Impegnandosi a documentare in maniera idonea l'avvenuta sottoposizione alle cure.

(*) In caso di rapporto di lavoro part-time specificare tipologia.

A tal fine dichiara che quanto sopra affermando risponde al vero ai sensi del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n.445
artt.46/47/76) e si riserva di produrre idonea documentazione giustificativa al termine del periodo di fruizione
del permesso

Data _____

Il/ La dipendente

Per AUTORIZZAZIONE Il Funzionario Responsabile

Nome e cognome.....

Firma.....



INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente al fine della concessione dei permessi richiesti e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. Il titolare del trattamento dei dati è il/la Responsabile del servizio personale. I dati verranno comunicati ad altri soggetti pubblici solo nei casi previsti dalla normativa.