



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 (*) _____

CHIEDE

di potere usufruire dei benefici previsti dall'art.37 del CCNL del 21/05/2018

A tal fine allega certificato rilasciato dal medico curante o dalla Struttura Ospedaliera del Servizio Saniatrio Nazionale o con esso convenzionato, attestante la grave patologia per la quale si rende necessaria la terapia salvavita.

I giorni di assenza dovuti alla terapia salvavita e i giorni di assenza dovuti agli effetti collaterali delle citate terapie di cui al comma 3 dell'art.37 del ccnl 21/05/2018 saranno opportunamente documentati dalla struttura medica convenzionata o dall'organo medico competente.

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

Data _____

Il/ La dipendente

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.