

Domanda di assenza per gravi patologie

Cognome e nome _____

Luogo nascita _____ Data nascita _____

CHIEDE

di assentarsi ai sensi dell'art. 17 co. 9 del CCNL del 27 novembre 2007 per l'assenza per malattia determinata da terapia invalidante connessa alla grave patologia in atto, per i seguenti periodi:

Dal giorno:

Al giorno:

Tali periodi di assenza sono determinati da:

- ☐ **ricovero ospedaliero e/o day hospital**
- ☐ **conseguenze delle terapie salvavita temporaneamente e/o parzialmente invalidanti.**

Documentazione

☐ **Si allega certificazione attestante la sussistenza della grave patologia**

Rilasciata da:

☐ **Si allega la certificazione attestante il ricovero**

Rilasciata dall'Ospedale:

☐ **La certificazione attestante la sussistenza della grave patologia è stata già consegnata all'Istituto.**