

UOC Gestione e sviluppo risorse umane

e, p.c.

Struttura di afferenza (specificare)

\_\_\_\_\_

Loro Sedi

**Oggetto: richiesta congedo per cure anno \_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_), il \_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_), Via \_\_\_\_\_

dipendente di questo Policlinico in qualità di \_\_\_\_\_ assegnato al  
Servizio/Afa/Dipartimento/Ambulatorio di \_\_\_\_\_ N. tel.  
\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ invalido con percentuale superiore al  
50%, avendo già prodotto all'Amministrazione il verbale della propria invalidità

CHIEDE

di poter usufruire di congedo per cure riabilitative nei seguenti giorni (max. 30 l'anno):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N.B. Allega alla presente la richiesta del Medico SSN e si impegna a produrre documentazione giustificativa dei giorni di assenza mediante attestazione della riabilitazione svolta.

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_

*In fede*

\_\_\_\_\_