

Al Direttore Amministrativo

S E D E

Il/La sottoscritto/a _____, in
servizio presso questo Conservatorio in qualità di

_____ ,
comunica

l'assenza dal servizio di gg. _____, per effettuare terapia salvavita, dal _____ al
_____, in relazione a grave patologia. (art.11 comma 9 CCNL 2002/2005)

Allega:

- **certificazione medica attestante la sussistenza di grave patologia, che richiede terapia salvavita.**

Si riserva di allegare la prescritta certificazione (*rilasciata da struttura competente: ASL o struttura convenzionata*) sanitaria attestante l'effettuazione della terapia salvavita.

Vibo Valentia, _____

Il Direttore Amministrativo,

letta la comunicazione di assenza per patologia grave che richiede terapia salvavita dal _____
al _____ ;

viste le certificazioni mediche prodotte dal lavoratore,

AUTORIZZA

il sopraindicato periodo di assenza per l'effettuazione della terapia salvavita.

Il predetto periodo è escluso dal computo dei giorni di assenza per malattia e dà diritto all'intero trattamento economico ed accessorio.

Vibo Valentia, _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Gianpiero Ginese

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzata, solo per tale scopo, ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.e.i.. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.