

Al Responsabile
S.S. Medicina Legale
ASST MANTOVA
Via Trento, 6
46100 MANTOVA
Mail: medicina.legale@asst-mantova.it
Pec: medicina.legale@pec.asst-mantova.it

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____
tel. _____ mail _____
datore di lavoro _____
tipologia del contratto _____

CHIEDE

il riconoscimento di grave patologia richiedente terapie temporaneamente e/o parzialmente invalidanti e/o terapie salvavita

ai fini dei benefici previsti dallo specifico contratto in tema di scorporo dal cumulo dei giorni di assenza per malattia.

Allega:

- copia della documentazione sanitaria, in particolare: certificazione di diagnosi della patologia (es. lettere di dimissioni ospedaliere o visite specialistiche) e programma terapeutico rilasciato dalla struttura curante in cui necessariamente devono essere riportati: tipo di terapia ed eventuali farmaci somministrati, arco temporale della terapia, numero di somministrazioni e cadenza periodica delle stesse, effetti collaterali dei farmaci;
- copia del contratto collettivo di lavoro, o almeno dell'articolo di riferimento;
- copia del documento d'identità;
- consenso informato al trattamento dei dati sensibili.

(data)

(firma del richiedente)