



**Richiesta congedo per cure per invalidi**

Spett.le Azienda  
U.L.S.S. N° 7  
Servizio Personale  
31053 PIEVE DI SOLIGO

Il sottoscritt \_\_\_\_\_

assunto a tempo indeterminato       assunto a tempo determinato

qualifica \_\_\_\_\_ ;

in servizio presso l'U.O / Servizio \_\_\_\_\_

del Presidio Ospedaliero/Dipartimento/Distretto/Sede di \_\_\_\_\_ ,

**CHIEDE**

di poter usufruire di un periodo di "congedo per cure" ai sensi dell'art. 7 del decreto legislativo n. 119 del 18/07/2011

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (massimo 30 giornate/anno) .

A tal fine si allega:

- 1) certificazione invalidità con indicazione della patologia invalidante;
- 2) prescrizione rilasciata da medico convenzionato con il S.S.N. o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica, dalla quale risulti la necessità della cura in relazione all'infermità invalidante riconosciuta.

Si impegna, inoltre, a trasmettere attestazione dell'avvenuta sottoposizione alle cure.

data \_\_\_\_\_

VISTO: IL RESPONSABILE U.O./SERVIZIO/DISTRETTO

\_\_\_\_\_  
(firma dell'interessato/a)

VISTO: IL RESPONSABILE DI STRUTTURA

\*\*\*\*\*

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

Vista la richiesta;  
Visto l'art. 7 decreto legislativo 18/07/2011;  
Vista la documentazione allegata;

**DISPONE**

la concessione di quanto richiesto.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DEL  
SERVIZIO PERSONALE