

**TERAPIA SALVAVITA**  
art. 10 co. 1 CCNL 14/09/2000

**Al Dirigente del C.d.R.**

---

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
in servizio presso il C.d.R. \_\_\_\_\_ Ufficio \_\_\_\_\_  
con contratto di lavoro a tempo:

- indeterminato     determinato     full time     part-time \_\_\_\_\_ %

**COMUNICA**

che si assenterà/si è assentato/a in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ giorno/i  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
per effettuare terapia salvavita o ad essa assimilabile correlata alla grave patologia di cui  
è affetto/a

Al rientro in servizio

**ALLEGA**

- idonea certificazione rilasciata dalla competente Azienda Sanitaria Locale o struttura  
convenzionata, comprovante l'effettuazione della terapia salvavita o ad essa  
assimilabile

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il/La dipendente

---

Visto del Dirigente del C.d.R.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Dirigente

---

*La presente, corredata dal visto del Dirigente, va rimessa in copia al C.d.R. Trattamento Giuridico del Personale unitamente alla documentazione*