

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
RICHIESTA DI CONGEDO NON RETRIBUITO (art. 1 L. n. 106/2025)		Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale

Al Direttore del Servizio Unico Metropolitan
Amministrazione Giuridica del Personale

Il/la sottoscritto/a _____
 dipendente dell'Azienda/Istituto in qualità di _____
 presso (reparto/servizio) _____,

CHIEDE

di fruire dal _____ al _____ di un periodo di
congedo NON retribuito (massimo 24 mesi), ai sensi dell'art. 1, L. n. 106/2025, in quanto affetto da malattia oncologica, ovvero da malattia invalidante o cronica, anche rara, che comporta un grado di invalidità pari o superiore al 74%.

A tal fine:

- allega il verbale attestante il grado di invalidità pari o superiore al 74% per malattia oncologica o per malattia invalidante o cronica, anche rara, e la certificazione che attesta la sussistenza delle patologie normativamente previste che legittimano la fruizione del congedo. Tale certificazione deve essere rilasciata dal medico specialista, operante in una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, che ha in cura il lavoratore.
- dichiara di essere a conoscenza che il periodo richiesto non è retribuito, non è computato nell'anzianità di servizio né ai fini previdenziali.

IL RICHIEDENTE

Data _____

Visto, il responsabile/coordinatore/referente _____
 (timbro e firma)