

|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA</b><br>Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna | <b>Istituto delle Scienze Neurologiche</b><br>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico |  <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA</b><br>Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna<br>IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico |
|  <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA</b><br>Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola   |                                                                                                   |  <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA</b><br>Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna<br>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico               |
| <b>RICHIESTA DI PERMESSO PER VISITE, ESAMI E CURE MEDICHE<br/>(art. 2 L. n. 106/2025)</b>                                                                                             |                                                                                                   | <b>Servizio Unico Metropolitan<br/>Amministrazione Giuridica del<br/>Personale</b>                                                                                                                                                                      |

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

per ☐ se stesso

☐ il/la figlio/a \_\_\_\_\_

(indicare nome e cognome del minore)

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ con codice fiscale \_\_\_\_\_

in quanto con invalidità pari o superiore al 74% per malattia oncologica, in fase attiva o in follow – up precoce, o per malattia invalidante o cronica, anche rara, di fruire dei permessi per visite, esami strumentali, analisi chimico-cliniche e microbiologiche nonché cure mediche frequenti (massimo 10 ore annue), ai sensi dell'art. 2, L. n. 106/2025

☐ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ nella giornata del \_\_\_\_\_

☐ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ nella giornata del \_\_\_\_\_

☐ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ nella giornata del \_\_\_\_\_

### IL RICHIEDENTE

Data \_\_\_\_\_

Visto, il Responsabile/coordinatore/referente \_\_\_\_\_

(timbro e firma)

A tal fine allega:

- verbale attestante la sussistenza della condizione di invalidità con percentuale pari o superiore al 74 %;
- certificazione del medico di medicina generale o del medico specialista del SSN o con esso convenzionato attestante il legame tra e prestazioni prescritte e la malattia oncologica, in fase attiva o in follow-up precoce, o tra le prestazioni prescritte e la malattia invalidante o cronica;
- attestazione rilasciata dalla struttura presso la quale è stata effettuata la prestazione sanitaria prescritta.